Rok XL. Kraków, 7 Września 1901. Nr 36.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dr. Rydygiera we Lwowie.

O leczeniu zapaleń wyrostka robaczkowego

Napisał

Dr. M. W. Herman

asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Przystępujemy do ostatniego działu ostrej postaci zapalenia wyrostka robaczkowego, t. j. *scolecoiditis acuta cum peritonitide diffusa* α) *sero-purulenta* i β) *septica*. To wielce niemiłe powikłanie i dla chorego i dla lekarza wystąpić może w ostrym napadzie każdego dnia, nawet w przypadkach o najłagodniejszym przebiegu i tem jest gorsze, że występuje niespodzianie. Nie posiadamy bowiem żadnych pewnych objawów, któreby zapowiadały, że owrzodzenie czy zgorzel wyrostka postępuje tak nagle, że nastąpi przedziurawienie do wolnej jamy otrzewnej, zanim w otoczeniu chorego narządu potworzą się zrosty.

Dokonane już przedziurawienia wyrostka umiemy rozpoznać, nawet dość łatwo, gdyśmy chorego od początku choroby z dnia na dzień spostrzegali. Lecz jakżeż często chory z tego rozpoznania już żadnych nie odnosi korzyści. Może dokładne mierzenie ciepłoty pachy i odbytnicy, oraz badanie tętna pozwolą w przyszłości ustalić objawy, zapowiadające przedziurawienie do wolnej jamy otrzewnej. A. Krogius w swych przypadkach tej tak zwanej *peritonitis perforativa* spostrzegał, że znika wówczas zwykły w tem cierpieniu stosunek między ciepłotą jamy pachy a odbytnicy, mianowicie różnica przekracza znacznie jeden stopień, w pasze bowiem stwierdzał ciepłotę prawidłową lub, co gorzej, niższą od prawidłowej, a w odbytnicy ciepłota dochodziła równocześnie do 40° i wyżej.

Uważam objawy ogólnego zapalenia otrzewnej, w których wyróżnić można trzy zasadnicze postacie: *peritonitis sero-purulenta, septica* i *sepsis peritonealis*, za zbyt znane, abym tu jeszcze, rozstrząsając je, mógł nadużywać cierpliwości szanownych słuchaczy. Nadmienię tylko, że to powikłanie zapalenia wyrostka zażywa u nas. może niezasłużenie, zbyt złej opinii. Dwa przypadki, spostrzegane w naszej klinice, zdają się dowodzić, że nawet taki dodatek do zapalenia wyrostka, niektórzy chorzy przetrzymują [26]. Niewątpliwie są to wyjątkowe zdarzenia, — we wszystkich jednak przypadkach zabieg chirurgiczny, w czas wykonany, może pomódz. Dowodzą tego luźne spostrzeżenia, spotykane nawet w naszem piśmiennictwie, a potem obce zestawienia.

[26]) Ob. spostrzeż. XVIII i XIX.

A. Krogius np., zestawiwszy z piśmiennictwa 680 przypadków rozlanego zapalenia otrzewnej, znalazł, że w 28·5%, dzięki wykonywanej operacyi, osiągnięto wyleczenie. Sam zaś w swej prywatnej praktyce, gdzie mógł wcześnie operować, osiągnął nawet 46% wyleczeń. Jeszcze lepsze wyniki uzyskał Sonnenburg, wyleczył bowiem wcześnie wykonanym zabiegiem operacyjnym na 150 chorych, dotkniętych ogólnem zapaleniem otrzewnej, 79 (czyli 52%). Największe jednolite zestawienie z naszego piśmiennictwa, Krajewskiego, wykazuje o wiele gorsze wyniki, — gdyż na 14 odpowiednich chorych zdołał on utrzymać przy życiu tylko jedną kobietę. Zestawienia A. Krogiusa i Sonnenburga zachęcają, by i w tych rozpaczliwych przypadkach nie odmawiać chorym operacyi, choćby nam przyszło stawić na kartę własną opinię, chirurga o szczęśliwej ręce. Są jednak przypadki o tak gwałtownym i ciężkim przebiegu, że nawet chirurg, najbardziej altruistycznie usposobiony, wstrzymać się powinien od wykonania operacyi. Są to owe rozlane zapalenia posokowate otrzewnej, spostrzegane często u dzieci, przebiegające z najcięższymi objawami przedmiotowymi, którym jednak towarzyszy podmiotowo niepojęta dla lekarza rzeźwość *(euphoria)*, a ta, jak pisze Sonnenburg, „in der rauhesten Weise durch die Operation nur gestört wird, sodass die armen Kranken dann sicher einen qualvollen Tode entgegengehen!“... „Vom Standpunkt der Menschlichkeit ist es daher geboten, hier dem Schicksal seinem Lauf zu lassen und eventuell nur durch Narcotica Linderung der Schmerzen herbeizuführen“. Lecz zresztą we wszystkich innych przypadkach wyleczenie nastąpić może tylko po odpowiednim zabiegu chirurgicznym.

Spostrzeżenia:

XI. A. G. l. 19, belfer, od $^{16}/_1$ do $^{21}/_1$ 1899. Obecne cierpienie rozpoczęło się przed 8-ma dniami bolami dołem brzucha, szczególnie przykrymi po stronie prawej. St. ob: Cały brzuch wzdęty i bolesny. Najwyraźniejszy ból w punkcie Mc. Burneya. Nad talerzem biodrowym prawym opór rozlany; $^{16}/_1$ w uśpieniu chloroformowem otwarto jamę brzuszną cięciem Rydygiera. Z jamy otrzewnej wylewa się obficie ropa. Do rany wystercza zgorzelinowy wyrostek robaczkowy, więc go odcięto. Całą ranę wytamponowano gazą jodoformową. $^{21}/_1$. Chory umarł wśród objawów rozlanego zapalenia otrzewnej i posocznicy. Sekcya: *Resectio processus vermiformis. Abscessus perinephriticus. Peritonitis purulenta universalis. Abscessus multiplices hepatis.*

XII. J. S l. 28, zarobnik, od 5 do 6 marca 1901. Chorego przeniesiono do kliniki z oddziału chorób wewnętrznych z rozpoznaniem: *appendicitis perforativa, peritonitis universalis.* Z wywiadów dowiedziano się, że cierpienie trwa od 10 dni. Natychmiast otwarto jamę brzuszną cięciem Rydygiera. Po przecięciu otrzewnej do rany wstawiają się pętle jelit o nastrzykanej i włóknikiem pokrytej błonie surowiczej. Między pętlami wiotkie zrosty. Kątnica ukryta międy jelitami cienkiemi. Z jamy otrzewnowej sączy się płyn posokowaty. Ranę wytamponowano. Na drugi dzień chory umarł. Sekcya: *Scolecoiditis gangraenosa, peritonitis universalis septica.*

Przebiegiem, objawami i wskazaniami do operacyi wyróżnia się gromada przewlekłych zapaleń wyrostka robaczkowego *(scolecoiditis chronica)*. W pewnej liczbie przypadków, w każdym razie nie znacznej, gdyż co najwyżej 30%, sprawa chorobowa po przebyciu ostrego napadu, albo tylko przygasa; wówczas nie możemy wprawdzie mówić o napadzie ostrym, ale też nie możemy uważać chorego za zupełnie wyleczonego, gdyż ten ciągle niedomaga, stale uskarża się na bóle w dole biodrowym prawym, cierpi jego ogólne odżywienie, a przedmiotowo nie możemy nic innego wykazać, jak tkliwość w okolicy kiszki ślepej, a często zgrubiały wyrostek robaczkowy i zwiększony opór. Albo też chory po przebyciu ostrego napadu czuje się zupełnie dobrze, wstaje z łóżka, po krótkim już jednak lub dłuższym czasie ponawia się ostry napad i to niekoniecznie w pierwotnej postaci, np. jako *periscolecoiditis sero-fibrinosa,* lecz tym razem w otoczeniu zapalonego wyrostka może wystąpić ropienie ograniczone, lub rozlane, może się zdarzyć przedziurawienie i t. d. Wyróżnić tu tedy możemy wyraźnie dwa działy: pierwszy to *scolecoiditis chronica remittens.* Po przebyciu pierwszego napadu pozostają takie dolegliwości ciągle i nieznośne, że chory wcale podnieść się z łóżka nie może, lub gdy te nieco zelżeją, wstaje na jakiś czas i nieustannie marudząc, po lada jakiejś przyczynie, albo i bez niej, skutkiem zaostrzenia się sprawy chorobowej, musi znów do łóżka się chronić. Chorzy tacy leczą się rozmaitymi sposobami: jeżdżą do Karlsbadu, wypijają całe apteki, wypróbowują na sobie zabiegi hidroterapeutyczne i miesienie. Rzadko jednak po tem wszystkiem doznają takiej samej ulgi w swem cierpieniu, jak w kieszeni. A w dodatku, jak miecz Damoklesa, wisi nad nimi groźba, że każdej chwili, z tlejącej iskry, rozniecić się może gwałtowny pożar, którego rozmiarów nikt nie przewidzi.

Spostrzeżenia:

XIII. G. P. 12 l. (pryw.) Pierwszy napad w styczniu 1901, przez 2 tygodnie, drugi napad w lutym (przez tydzień), trzeci w marcu, b. gwałtowny. Od tego czasu trwała bolesność w okolicy kątnicy; $^{16}/_{5}$ badanie przedmiotowe prawie z wynikiem ujemnym. Operacya. Cięcie Jalaguiera. Wyrostek robaczkowy o ścianach zgrubiałych, przyrośnięty szczytem do kresy bezimiennej. Tu też przyrośnięta bokiem pętla jelita cienkiego tak silnie, że przy oddzielaniu jej naderwała się bł. surowicza i trzeba ją było zeszyć szwem Lemberta. Wyrostek oddzielono i odcięto. Nie przedziurawiony. Na błonie śluzowej owrzodzenie. Wyleczenie.

XIV. L. S. l. 18 (pryw.) Ostry napad przed 6 tygodniami z wyraźnym »plastronem«, który niedługo po początku choroby ustąpił. Lecz w okolicy kątnicy utrzymuje się stałe ból, który od czasu do czasu się zwiększa i wtedy spostrzegano stan podgorączkowy. Badanie we wrześniu 1899 prawie z wynikiem ujemnym. Wykazano bowiem tylko napięcie powłok ponad kiszką ślepą i bolesność tej okolicy. Operacya w uśpieniu chloroformowem. Cięcie Jalaguiera. Wyrostek robaczkowy nigdzie nie przyrośnięty, lecz w podstawie przewężony, na błonie śluzowej owrzodzenia. Ściany naciekłe. Wyrostek usunięto. W okolicy kątnicy luźne zrosty. Wyleczenie.

XV. J. K. l. 28 (pryw.). Pierwszy napad przed 5-ma laty, lekki, lecz po nim pozostały trwałe przypadłości: ból w okolicy kiszki ślepej i zaparcie stolca. W niespełna rok drugi napad, również nieznaczny, lecz po tym napadzie zauważyła chora napinanie się jelit i przelewanie gazów i kału w okolicy prawego talerza biodrowego. Wkrótce potem bez znaczniejszych dolegliwości zauważyła guz ponad prawą pachwiną, który powoli się powiększał a gdy doszedł wielkości dwóch pięści, lekarz nakłuł go i wypuścił ropę. Wkrótce przez przetokę, jaka po swem nakłóciu pozostała, zaczął wydobywać się kał i gazy. Potem otworzyła się druga i trzecia przetoka. Jedne się goiły, drugie otwierały, sączyła się z nich ropa i wydobywały wiatry, wśród kruczenia w jelitach. Stan w dniu $^{29}/_{4}$ 1901: w okolicy i powyżej grzebienia kości biodrowej prawej liczne przetoki, pozaciągane w głąb. Okolica ponad talerzem biodrowym prawym wzdęta. Najpierw pootwierano przetoki, wyskrobano i wycięto ziarninę, a gdy po miesięcu rana się wygoiła, otworzono jamę brzuszną sp. Jalaguiera, z trudnością odszukano wyrostek robaczkowy, przyrosły do powłok brzusznych powyżej grzebienia k. biodrowej i w znacznej części już zniszczony. Jelito biodrowe mocno zrostami i bliznami zaciśnięte, rozdęte, okazuje ściany przerosłe. Założono pomiędzy niem a wstępującą częścią okrężnicy przetokę *(enteroanastomosis)*. Wyleczenie.

XV F. K. l. 32 od $^{5}/_{2}$ do $^{26}/_{4}$ 1901. Obecne cierpienie trwa od lutego 1900 i rozpoczęło się bolami nad prawą pachwiną, którym towarzyszyły przypadłości żołądkowe. Po 2 miesiącach dość znośnych bóle w okolicy kiszki ślepej powtórzyły się z niebywałą gwałtownością. Po dwóch dniach trochę zelżały, lecz odtąd utrzymują się stale tak, że pracować nie może. Stan ob: brzuch płaski, okolica kiszki ślepej, a zwłaszcza punkt Mc Burneya, bolesny. Operacya w uśpieniu chloroformowem sp. Jalaguiera. Wyrostek robaczkowy okazuje znaczne zgrubienie ścian, wolny. W okolicy kątnicy sąsiednie pętle jelit połączone luźnymi zrostami. Wyrostek usunięto. Cała błona śluzowa owrzodziała. Wyleczenie.

XVII. M. S. l. 17, nauczycielka; od $^{14}/_{12}$ 1898 do $^{4}/_{1}$ 1899. Przed rokiem pierwszy napad, w sierpniu br. drugi i od tego czasu doznaje chora stale w prawym boku bólów o różnem nasileniu. Stan ob: badanie przedmiotowe z wynikiem ujemnym, $^{17}/_{12}$ oper. w narkozie chloroformowej, sp. Jalaguiera, pętle jelit połączone zrostami. Wyrostek robaczkowy w całej swej długości przyrośnięty do przedniej ściany kątnicy. Oddzielono go i odcięto. Światło wyrostka u podstawy zarośnięte, koniec obwodowy nieco rozdęty, w nim śluz i trzy grudki kału zbitego, wielkością i kształtem przypominające ziarna gronowe. Wyleczenie.

XVIII. J. Sk. l. 32, gospodarz; od $^{25}/_{4}$ do $^{10}/_{6}$ 1899. Przed 2 laty napad boleści w brzuchu. Od tego czasu stale po jedzeniu boli go w prawym boku i w dołku podsercowym. Bólom towarzyszy napinanie się brzucha, odbijania; dolegliwości te zmniejszają się po wywołaniu wymiotów. Stolec regularny. Stan ob: brzuch płaski, tylko nad talerzem biodrowym prawym wysklepiony od rozdętej pętli. Tu stwierdza się od czasu do czasu przelewanie treści i napinanie się jelita; $^{17}/_{5}$ oper. w uśpieniu chloroformowem. Cięcie w linii środkowej. Wszystkie pętle pozrastane ze sobą, a w dodatku zamknięte jakoby w dwóch torbach o silnych włóknistych ścianach; z tych jedna leży w lewej połowie jamy brzusznej, druga w prawej. Porozdzielano zrosty między pętlami, co się stosunkowo łatwo powiodło. W okolicy jednak kątnicy zrosty nierównie silniejsze, niż gdzie indziej i tak zbite, a pętle jelitowe tak pogmatwane, że wyrostka robaczkowego nie zdołano odszukać. Na tem więc zakończono operacyę. Chory wyzdrowiał, — w czasie pobytu w klinice nie uskarżał się na żadne dolegliwości. Stolec regularny.

XIX. K. Z. l. 23, wieśniak, od $^{18}/_{11}$ 1898 do $^{19}/_{4}$ 1899. W listopadzie 1897 wystąpiły gwałtowne bóle w okolicy kiszki ślepej, a po kilku dniach chory zauważył tamże obrzęk. Wkrótce bóle i obrzęk zmniejszyły się znacznie, chory wstał z łóżka, już jednak po 3 tygodniach bóle wróciły, a wraz z nimi ponowił się ów obrzęk, który szerząc się posuwał się ku pępkowi. W końcu sierpnia wytworzyła się w okolicy pępka przetoka, z której najpierw sączyła się ropa, potem kał. Stan ten trwa i skłonił chorego do zgłoszenia się do kliniki. Stan ob.: Brzuch jednostajnie wysklepiony, skóra w okolicy pępka pokryta wypryskiem, w pępku przetoka, z której sączy się treść ropiasto-kałowa; $^{23}/_{11}$ oper. w uśpieniu chloroformowem. Cięcie w linii środkowej. Jelita szczelnie ze sobą zrośnięte i poprzyrastane do otrzewnej ściennej tak, że mowy niema o jamie otrzewnej. Po długiej pracy odszukano i wyizolowano pętlę, tworzącą przetokę. Mianowicie, jelito cienkie przyrosło do kiszki ślepej i w miejscu zrostu wytworzył się jeden obszerny otwór. Zrost rozdzielono, otwór w kątnicy zaszyto, z jelita cienkiego wycięto część, zajętą przez przetokę. Odszukano zgrubiały i pokręcony wyrostek robaczkowy i usunięto go. Wyrostek u nasady swej był silnie zasznurowany, — w części obwodowej rozszerzony, wypełniony śluzem, a w nim kilka stężyn kałowych. Wyleczenie zupełne.

XX. B. K. l. 39 (pryw.). Obecne cierpienie trwa 4 lata. Po błędzie w dyecie dostał chory silnych kurczów w brzuchu, które minęły

wprawdzie po kilku dniach, od tego jednak czasu przy każdym prawie ruchu doznawał bolów i ciągnienia w prawym boku. Drugi napad bólów powtórzył się w kilka miesięcy po pierwszym, a po jego zniknięciu dawne przypadłości wystąpiły w jeszcze większym stopniu. W jesieni przeszłego roku trzeci napad, z gorączką, dreszczami etc. Chory leżał 2 miesiące Odtąd podupadł znacznie na siłach i zdrowiu, przy najmniejszym nawet ruchu dokucza mu ból w prawym boku. Stan ob.: Badanie przedmiotowe, prócz tkliwości i nieco zwiększonego oporu nad prawym talerzem biodrowym, żadnych innych zmian nie wykazuje. Oper. w uśpieniu chloroformowem. Cięcie Jalaguiera. Wyrostek robaczkowy przyrośnięty na całej długości do wewnętrznej ściany kątnicy. Oddzielono go i usunięto Na błonie śluzowej owrzodzenia Sieć wielka przyrośnięta do talerza biodrowego w okolicy kątnicy. Podwiązano sieć podwójnie i odcięto.

XXI. X. l 40 (pryw.), 1898. Przebył już parę napadów zapalenia ślepej kiszki. Po pierwszym stale cierpi na zaparcie stolca i bóle w prawym boku. Ostatni napad od 2 tygodni. Stan. ob.: stan gorączkowy. W okolicy kątnicy wyraźny opór. Oper. w uśpieniu chloroformowem. Cięcie Rydygiera. Ropy nie znaleziono. Otworzono otrzewnę. W okolicy kątnicy zbite zrosty. Rozdzielono je, poczem odszukano i odciętoznacznie zmieniony wyrostek. Szew warstwowy na powłoki. Wyleczenie.

XXII i XXIII. J. B. l. 29 woźnica; I od $^{25}/_{11}$ do $^{21}/_{1}$ 1899 II od $^{8}/_{10}$ do $^{8}/_{12}$ 1900. Pierwszy raz zapalenie ślepej kiszki przebył przed 7 laty i od tego czasu czuł się niezdrów. Napad drugi w listopadzie 1898. Zgłosił się do kliniki 8 go dnia choroby, gorączkował do 38·8 i w klinice był operowany $^{28}/_{11}$. Cięciem Rydygiera otwarto nieduży ropień. Rana oczyszczała się szybko i dnia $^{10}/_{12}$ przystąpiono do odszukania wyrostka z rany pierwotnej Odszukano utwór, bardzo podobny do wyrostka, odcięto go i ranę w powłokach zaszyto. Dnia $^{21}/_{1}$ 1899 wypisano chorego z kliniki z dużym naciekiem w okolicy kątnicy. W tej okolicy też ciągle go bolało. W rok po pierwszej operacyi wystąpił silny napad bolów w tejże okolicy. Obrzęk znacznie się powiększył, a w bliźnie pooperacyjnej wytworzyła się przetoka, z której sączył się płyn surowiczy. Przyjęty został napowrót do kliniki $^{8}/_{10}$ 1900. W okolicy kątnicy guz twardy wielkości 2 pięści. W bliźnie przetoka, przez którą zgłębnik wchodzi w naciek, a z głębi wydobywa się ropa. $^{26}/_{10}$ oper. w uśpieniu chloroformowem. Cięcie Jalaguiera. Liczne zrosty kątnicy z pętlami jelita cienkiego. Rozdzielono zrosty. Odszukano szczątki wyrostka robaczkowego, który odcięto przy samej nasadzie. Pomiędzy zrostami dwa drobne ropnie, których ściany wycięto doszczętnie. Wyleczenie zupełne.

XXIV. R. lat około 40, pryw. Przed rokiem, po napadzie kilkudniowym kurczów w brzuchu, wstał, lecz czuł się niezdrów. W kilka tygodni później wytworzył się ropień koło odbytnicy, który mu przeciął jeden z chirurgów. Wylało się wówczas dużo ropy. Dolegliwości tylko częściowo zelżały. Przed 2 miesiącami nowy napad kurczów w brzuchu. Wytworzył się wówczas ropień około jelita ślepego, który przeciął prof. Rydygier. Rana po przecięciu ropnia goiła się powoli, a równocześnie sączyła się ropa z przetoki koło odbytnicy. W sierpniu 1897 w bliźnie po przecięciu ropnia przykątniczego przetoka, z której od czasu do czasu wydobywa się kał i niestrawione resztki pokarmów (ziarna figi) Przy bliższem badaniu stwierdzono, że kał wydobywa się przez wyrostek robaczkowy, wrośnięty w bliznę i w połowie swej długości obumarły. Równocześnie przekonano się, że zgłębnikiem przejść można z tej blizny do przetoki odbytniczej. Po rozszerzeniu rany zewnętrznej (dawnej) odszukano kątnicę i wyrostek, który odcięto. Przetokę odbytniczą wyskrobano. Nastąpiło rychłe i zupełne wyleczenie.

XXV. B. B. l. 21, słuch. teolog. Pierwszy napad zapalenia ślepej kiszki 12 grudnia 1900. Trwał przez 8 dni; była wówczas gorączka, dreszcze i w okolicy kiszki ślepej wyczuć można było guz wielkości pięści. Guz zmniejszał się, w połowie stycznia był niewyczuwalny. 20 stycznia drugi napad, gorączka, dreszcze. Guz znów duży, wielkości pięści, ciągłe bóle Stan ob.: $^{18}/_{1}$. tuż ponad prawem więzadłem Pouparta i doń równolegle guz kiełbasowaty, wielkości jaja kurzego, nieruchomy, mało bolesny. W tej okolicy kruczenie i przelewanie się treści kałowej. Spostrzeganie kliniczee do $^{8}/_{5}$; guz ledwo macalny, chory nie gorączkuje, więc w przeszło 3 miesiące po ostatnim napadzie przystąpiono do operacyi. Cięcie Rydygiera. Kątnica zrosła z sąsiedztwem. Wyrostek przyrosły do tylnej ściany kątnicy, w przeważnej części zropiały. W jego sąsiedztwie ropień wielkości orzecha włoskiego Wyrostek wycięto. Powłoki zeszyto szwem warstwowym; w tyle pozostawiono otwór i przeprowadzono tamtędy szeton. Gojenie się przetoki następowało b. powoli

Lepiej nieco dzieje się tym, którzy mieli to szczęście czy nieszczęście, że u nich przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego inną przybrało postać. Myślę o *scolecoiditis chronica recurrens.* Ci chorzy w okresie między napadami czują się względnie dobrze, — dolegliwości mają małe, lub żadne, cierpią tylko w czasie napadu A jak czasami bywają cierpliwi! Profesor Rydygier wspominał w swoim referacie o jednym, który dotąd już przebył około 25 takich napadów. I w tej postaci, jak w tamtej, przebyty napad nie przesądza nic o jakości mającego się zjawić.

XXVI. B. M. l. 17. Od 5/10 do 23/10 1900 Przed rokiem przebył chory zapalenie ślepej kiszki. W sierpniu b. r. cierpienie się ponowiło, napad trwał przez tydzień. Obecnie niema wcale dolegliwości Stan. ob.: prócz niewyraźnego guza w okolicy kątnicy, żadnych zmian nie zauważano. 10/10 operacya m. Jalaguier. Wyrostek odcięto. Sam wierzchołek odsznurowany tworzy jakby jamkę zamkniętą, w której znaleziono owrzodzenie błony śluzowej.

XXVII. A. D. l. 29. stud. leśnictwa. Od 28/1 do 5/4 1900. W r. 1894. zapadł poraz pierwszy na zapalenie wyrostka. Chorował 3 tygodnie. Od tego czasu co roku po dwa napady takie same; chorował każdym razem po 2 tygodnie. Ostatni napad przed 3 tygodniami. Między napadami nie ma żadnych dolegliwości. Stan. ob.: w punkcie Mc Burneya wybitna bolesność i w tem miejscu w głębi wyczuwa się guzek zrazikowaty wielkości orzecha laskowego, a w sąsiedztwie drobne gruczołki. 30/1 oper. m. Jalaguier Wiotkie zrosty między kątnicą a sąsiedniemi pętlami jelit. Wyrostek robaczkowy, długości około 3 ctm., załamany w połowie swej długości, przyrósł do tylnej ściany kątnicy. Wyrostek wycięto. W miejscu załamania wyrostek rob. zarośnięty; w końcu obwodowym kilka kropel ropy; 3. dnia po operacyi objawy posokowatego zapalenia otrzewnej. Szwy wyjęto, ranę wytamponowano; 5/4 chory umarł. Sekcya wykazała: ograniczone obumarcie ścian jelita ślepego w okolicy szwu kikuta i przedziurawienie do wolnej jamy otrzewnowej; posokowate zapalenie otrzewnej.

XXVIII. M. K. l. 17. pomocnik handlowy. Od 6/6 do 13/7 1899. Pierwszy napad przed 5 miesiącami. Chorował 2 tygodnie; 2/6 napad drugi. Stan. ob : brzuch wzdęty. bolesny nawet przy lekkim ucisku. W kilka dni później stwierdzono obrzęk ponad prawem wiązadłem Pouparta; 26/6 oper. w uśpieniu chloroformowem Cięcie Rydygiera. W okolicy kątnicy zrosty. Wyrostek rob., przyrośnięty do tylnej ściany kątnicy, wycięto W tej okolicy mały ropień. Wyrostek 8 ctm. długi, w połowie przewężony. Część obwodowa rozszerzona, wypełniona śluzem. Wyleczenie.

XXIX. K. S. l. 17. Od 10/6 do 13/6 1899 Pierwszy napad w grudniu 1897, drugi w jesieni 1898, trzeci w lutym 1899. Po napadzie czuje się zupełnie zdrów. Obecny napad od 8 dni Stan. ob.: brzuch w okolicy kątnicy wzdęty. W tej też okolicy wyczuwa się zwiększony opór, którego przyrody z powodu bolesności bliżej oznaczyć nie można. Wypuk po całej stronie prawej brzucha przytłumiony. Punkt Mc Burneya wyraźnie bolesny. Ciepłota 38·5. Chory nie godzi się na operacyę.

W tych postaciach badaniem przedmiotowem wykazać możemy najczęściej zgrubiały i łatwo wyczuwalny wyrostek, obok niego powiększone gruczoły chłonne, a czasem zwiększoną oporność, zależną od zrostów sąsiednich pętli jelitowych. Anatomicznie znajdziemy wyrostek robaczkowy zawsze zmieniony, nie zawsze w tym samym stopniu. Najczęściej przewężenia bliznowate odsznurowują przewód wyrostka tak, że poniżej blizny gromadzić się może śluz lub ropa *(hydrops v. empyema proc. vermifor.),* lub też wyrostek jest odgięty pod ostrym kątem, jakby we dwoje złożony, niekiedy w dodatku przyrośnięty do kątnicy, i to bez reguły, do którejkolwiek-bądź jej ściany; lub też wyrostek zgrubiały o naciekłych, jakby wyprężonych ściankach, sterczy do jamy

brzusznej lub wierzchołkiem przyrasta w jakiemkolwiek miejscu. A zrosty w jego otoczeniu robią też swoje. Łącząc pętlice jelit i przytrzymując je, upośledzają ruchy robaczkowe, bo nawet bliznowaciejąc i kurcząc się, zaciskają światło jelita i dają powód do objawów zwężenia[27]). W pewnych warunkach sam zmieniony wyrostek zasznurowuje lub odgina pętlę jelita tak mocno, (a to samo sprawiać mogą i zrosty lub postronki bliznowate, powstałe po przebytych napadach), że powstają objawy ostrej niedrożności *(ileus)*.

Cóż w obec tych wszystkich przypadłości i każdej chwili wystąpić mogących powikłań zdziałać możemy leczeniem wewnętrznem? Zdaje mi się nie wiele. Najkorzystniejszem dla chorego jest jeszcze owo zejście, gdy sprawy zapalne przyspieszą i sprowadzą zupełne zarośnięcie wyrostka. Zanim to jednak nastąpi, wieleż chory się wycierpi i wiele razy przejdzie ponad brzegiem grobu? Nie lepiejże takim chorym pomoże doszczętna operacya, wykonana w okresie pomiędzy napadami, a zatem wykonana niejako zapobiegawczo? W każdym razie niebezpieczeństwo, na jakie chory się naraża poddając się operacyi, jest stokroć mniejsze, niż niebezpieczeństwo, połączone z każdym nowym napadem. Mniemam, że tacy chorzy powinni być tylko chirurgicznie leczeni. (Dok. nast.)

[27]) Ob. spostrz. XV.

II. Przyczynek do wiadomości o działaniu enzymów na enzymy.

Podali:

A. Wróblewski, B. Bednarski i M. Wojczyński.

(Dokończenie).

III. O działaniu fermentów proteolitycznych na podpuszczkę.

Dla wypróbowania działania pepsyny i trypsyny na podpuszczkę, stosowaliśmy 1% rozczyn pastylek Hansena, fabrykowanych z podpuszczki cielęcej.

Do 11 próbówek wlaliśmy po 1 c. sz. rozczynu podpuszczki, do trzech z nich dodaliśmy ługu, do trzech innych kwasu solnego, następnie dopełniliśmy wodą ciecz w nich zawartą do objętości 3 c. sz. Do trzech innych próbówek wlaliśmy po 3 c. sz. wody. Następnie dodaliśmy do niektórych próbówek po 1 c. sz. rozczynu trypsyny gotowanej lub świeżej, jak to widać z Tabl. VII, dopełniliśmy wodą do objętości 4 c. sz. i pozostawiliśmy w termostacie Ostwalda przy 37° C. przez 10 godzin. Następnie zobojętniliśmy ciecze, dodaliśmy po 10 c. sz. mleka i wstawiliśmy do termostatu. W ostatniej kolumnie Tabl. VII podany jest czas ubiegły od chwili wstawienia prób do termostatu do chwili spostrzeżenia ścinania się w nich mleka.

Z tego szeregu doświadczeń wynika przedewszystkiem, że trypsyna sama przez się ścina mleko, podobnie jak i podpuszczka. Spostrzeżenie to potwierdza się drugim szeregiem doświadczeń tejże tablicy. Przekonaliśmy się też, że i preparaty trypsyny innego pochodzenia, a między nimi preparat przyrządzony z trzustek świńskich przez jednego z nas, działały podobnie. A również i sok wyciśnięty z trzustki świni ścinał mleko zupełnie podobnie jak podpuszczka. Obecność w soku trzustkowym enzymu, ścinającego mleko, zauważono już i dawniej; wspomnimy tu spostrzeżenia Kühnego, które przez nas z całą ścisłością potwierdzone zostały. Podkreślamy więc na tem miejscu, co zbyt mało bywa powszechnie uwzględnianem, że **trzustka zawiera conajmniej cztery enzymy**: proteolityczny, amylolityczny, steapsynę i enzym podobny do podpuszczki.

Tabl. VII.

Liczba próby		1% rozcz. podpuszczki c. sz.	KOH %	HCl %	2% rozcz. pepsyny c. sz.	2% rozcz. trypsyny c. sz.	Ilość minut od wstaw. do termost. do ścięcia się
Szereg I.	1	1	0·00	0·03	gotow. 1	0	3
	2	„	0·00	0·10	„ „	„	3·5
	3	„	0·00	0·30	„ „	„	3·5
	4	„	0·01	0·00	0	śwież. 1.	13
	5	„	0·05	„	„	„ „	14
	6	„	0·10	„	„	„ „	20·5
	7	„	0·00	0·03	śwież. 1	0	2·5
	8	„	„	0·10	„ „	„	3
	9	„	„	0·30	„ „	„	3
	10	„	„	0·00	0	śwież. 1	11
	11	„	„	„	śwież. 1	0	36·5
	12	0	„	„	„ „	„	360
	13	0	„	„	0	śwież. 1	26
	14	0	„	„	„	0	360
Szereg II.	1	1	—	—	gotow. 0·5	gotow 0·5	2
	2	„	—	—	0	śwież 1	20
	3	„	—	—	„	0	3
	4	0	—	—	śwież. 1	„	180
	5	0	—	—	0	śwież 1	43
Szereg III.	1	1	—	—	śwież. 1	—	2·5
	2	„	—	—	0	—	2

Z szeregu I. Tabl VII. uwidocznia się też, że pepsyna nie działa na podpuszczkę, co się potwierdza również w szeregu trzecim.

Przekonanie się, jak działa trypsyna na podpuszczkę, jest utrudnionem z tego powodu, że w preparatach trypsyny zawiera się i podpuszczka, lecz właśnie w obec tego prawdopodobnem jest, że trypsyna na podpuszczkę wcale nie działa.

IV. O działaniu fermentów na inwertynę.

Do doświadczeń, opisanych w tym rozdziale, stosowaliśmy 2% rozczyn inwertyny surowej, otrzymanej przez jednego z nas z soku, wyciśniętego z drożdży. Sok ten był strącony 1·5 objętości wyskoku, licząc na pierwotną objętość soku. Otrzymany w ten sposób osad przemyty i wysuszony przedstawiał użytą „inwertynę surową“.[12])

Do doświadczenia użyliśmy 17 próbówek, do 14 z nich wlaliśmy po 0·5 c. sz. rozczynu inwertyny, do próby L. 3 wlaliśmy 0·5 c. sz. gotowanego rozczynu pepsyny, do prób zaś L. L. 5, 12, 13, 14 świeżego rozczynu pepsyny, podobnie postąpiliśmy z rozczynem trypsyny w stosunku do prób L. L. 2, 4, 10, 11 i 15. Do pewnych prób, jak to widać z Tabl. VIII., dodaliśmy ługu, kwasu solnego, rozczynu diastazy i wstawiliśmy do termostatu Ostwalda na 9 godzin, przez ten czas inwertyna podlegała działaniu odczynników. Następnie oznaczyliśmy siłę inwertującą wszystkich prób zapo-

[12]) Rozpr. Akad. Umiej. Wydz. mat. przyr. T. XLI. B. str. 102.

mocą metody zastosowanej przez jednego z nas do tego celu.[13]) Dodaliśmy więc wody do objętości 2 c. sz. w każdej próbie i po 18 c. sz. 4$^{4}/_{9}$% rozczynu cukru trzcinowego i wstawiliśmy do termostatu, po upływie 60 minut wyjęliśmy próby z termostatu, zagotowaliśmy, po ochłodzeniu dopełniliśmy wodą do objętości 20 c. sz. i obserwowaliśmy w przyrządzie polaryzacyjnym przy temperaturze 20° C. W razie całkowitej inwersyi powinni bylibyśmy otrzymać skręcenie — 4·2°, rozczyn zaś cukru nieinwertowany skręcał o + 15·2°. Obserwowane kąty skręcenia podane są w ostatniej kolumnie Tabl. VIII

Tablica VIII.

Liczba próby	2% rozcz. inwertyny c. sz.	NaOH %	HCl %	2% rozczynu pepsyny c sz.	2% rozczynu trypsyny c. sz.	2% rozczynu diastazy c. sz.	Polaryzacya α =
1	0·5	0	0	0	0	0	+ 0 7°
2	"	"	"	"	gotow 0 5	"	— 4·4°
3	"	"	"	gotow 0·5	0	"	— 3 6°
4	"	"	"	0	śwież. 0 5	"	— 3 3°
5	"	"	"	śwież. 0·5	0	"	— 3·6°
6	"	0·025	"	0	"	"	+ 9 6°
7	"	0·05	"	"	"	"	+ 15·2°
8	"	0	0 018	"	"	"	+ 8 8°
9	"	"	0·035	"	"	"	+ 12 6°
10	"	0 025	0	"	śwież 0·5	"	— 1·4°
11	"	0·05	"	"	" "	"	— 3·8°
12	"	0	0 018	śwież· 0·5	0	"	— 2·8°
13	"	"	0·035	"	"	"	+ 12 6°
14	0	"	0	"	"	"	+ 15·2°
15	0	"	"	0	śwież. 0·5	"	+ 15·3°
16	0 5	"	"	"	0	śwież. 0·5	— 2·4°
17	0	"	"	"	"	" "	+ 15 2°

Z doświadczeń tych wynika przedewszystkiem, że działanie inwertyny zostaje wzmożonem pod wpływem gotowanej lub świeżej pepsyny, trypsyny i diastazy; pochodzi to zapewne ztąd, że preparaty tych enzymów zawierają znaczne ilości fosforanów, które wywierają wpływ pobudzający na działanie inwertyny. Oczywistem jest, że ani pepsyna, ani trypsyna, ani diastaza nie niszczą i nie osłabiają inwertyny. Podane uprzednio spostrzeżenia jednego z nas [14]), że ani trypsyna ani też ferment proteolityczny soku drożdzowego nie działają na inwertynę, znalazły w ten sposób potwierdzenie co do trypsyny. Widzimy też, że dodanie ługu i kwasu osłabia działanie inwertyny. Gdy zaś ług lub kwas dodane są jednocześnie z trypsyną lub pepsyną, to osłabiające ich działanie zostaje zupełnie lub w pewnej części zniesionem, zapewne z tego powodu, że kwas lub alkali zostawały związane. W końcu widzimy, że ani pepsyna, ani trypsyna, ani diastaza nie wywierają działania inwertującego.

V. O działaniu fermentów na diastazę.

Do doświadczeń naszych z diastazą stosowaliśmy 2% rozczyn preparatu „diastazy surowej", otrzymanej ze słodu przez jednego z nas. [15])

Do 13 próbówek nalaliśmy p 1 c. sz. tego rozczynu, do niektórych prób dodaliśmy ługu i kwasu solnego, jak to

[13]) Ibid. str. 101.

[14]) Ibid. str. 116.

[15]) Zeitschr. f. physiol. Chemie. B. XXIV. str. 180.

widać z Tabl. IX. Następnie dodaliśmy do niektórych prób świeżego lub gotowanego rozczynu pepsyny, trypsyny i inwertyny, dopełniliśmy wodą do równej objętości 2 c. sz. we wszystkich próbach i wstawiliśmy do termostatu Ostwalda, ogrzanego do 37° C. na 9 godzin, aby poddać diastazę działaniu odczynników. Następnie zobojętniliśmy znowu do równej objętości 5 c. sz. we wszystkich próbach i oznaczyliśmy siłę diastatyczną tych prób zapomocą metody, podanej przez jednego z nas [16]). Każdą próbę zmięszaliśmy z 50 c. sz. 2% rozczynu skrobi rozpuszczalnej [17]) i pozostawiliśmy w termostacie przy 37° C. przez 8·5 godzin, poczem zagotowaliśmy ciecze aby przerwać działanie diastazy i oznaczyliśmy ich zdolność redukowania rozczynu Fehlinga, wyrażoną w ilości zredukowanej miedzi.

Tablica IX.

Liczba	próby	2% rozczynu diastazy c. sz.	NaOH %	HCl %	2% rozczynu trypsyny c. sz.	2% rozczynu pepsyny c. sz.	2% rozczynu inwertyny c. sz.	Waga zredukowanej miedzi w gr.
Szereg I	1	1	0	0	0	0	0	0·2854
	2	"	0·03	"	"	"	"	0·1945
	3	"	0·10	"	"	"	"	0 0010
	4	"	0	0·009	"	"	"	0·0121
	5	"	"	0 020	"	"	"	0·0089
	6	"	0·03	0	śwież. 0 5	"	"	0 1511
	7	"	0·10	"	" "	"	"	0 0288
	8	"	0	"	0	śwież. 0·5	"	0·1836
	9	"	"	0·009	"	" "	"	0·0074
	10	"	"	0 020	"	" "	"	0 0064
	11	"	"	0	gotow 0·5	0	"	0·2112
	12	"	"	"	0	"	śwież. 0·5	0·3108
	13	"	"	"	"	"	gotow. 0·5	0·3134
Szereg II	1	1	—	0	—	0	—	0·2012
	2	"	—	"	—	śwież. 0·5	—	0·1997
	3	"	—	0·009	—	0	—	0·1961
	4	0	—	0	—	"	—	ślady
	5	"	—	0·000	—	"	—	"

Doświadczenia te wykazały, że zarówno ług jak i kwas osłabiają diastazę, natomiast dodanie ługu i trypsyny wywiera mniej szkodliwe działanie, zapewne z tego powodu, że rozczyn trypsyny wiąże część ługu chemicznie. Trypsyna nie działa na diastazę, natomiast pepsyna osłabia ją nieco i wspomaga działanie osłabiające kwasów, inwertyna zaś, zarówno świeża jak i gotowana, podnosi nieco działanie diastazy, zapewne z tego powodu, że preparat inwertyny zawiera duże ilości soli fosforowych, których obecność wzmaga działanie enzymów.

Dane szeregu 2 Tabl. IX. potwierdzają nasze wyżej podane spostrzeżenie, że pepsyna nieco osłabia działanie diastazy już w ciągu 9 godzin oddziaływania na nią. Wynik ten potwierdza podane przez jednego z nas tymczasowe spostrzeżenie, że trypsyna nie działa na diastazę i nieznajduje się w sprzeczności z tem spostrzeżeniem, że pepsyna przy 40° C. niszczy diastazę w ciągu 48 godzin w słabo kwaśnym rozczynie, [18]) wykazaliśmy bowiem, że diastaza zostaje osła-

[16]) Ibid. str. 199.

[17]) Chem. Ztg. 1898. Nr. 38.

[18]) Zeitsch. f. physiol. Chemie. B. XXIV· str. 210.

bioną przez pepsynę przy niższej temperaturze i w ciągu daleko krótszego czasu.

VI. O działaniu fermentów protelitycznych na emulsynę.

Działanie pepsyny i trypsyny na emulsynę badaliśmy na preparacie emulsyny surowej, otrzymanym w następujący sposób: 1 kgr. utłuczonych gorzkich migdałów wycisnęliśmy pod prasą, aby wydalić o ile możności olej, następnie wymoczyliśmy roztartą pozostałość w 3 litrach wody przez 24 godziny, w przesączu strąciliśmy leguminę kwasem octowym i w przesączu od leguminy strąciliśmy emulsynę surową, dodając $1\frac{1}{2}$ objętości wyskoku. Przemyty i wysuszony otrzymany przez nas preparat emulsyny zawierał w swym składzie znaczne ilości związków organicznych, fosforanów ziem alkalicznych, dawał odczyny na ciała proteinowe, nie redukował rozczynu Fehlinga nawet po zagotowaniu z kwasem solnym.

2% rozczynu tej emulsyny surowej nalaliśmy do 7 próbówek po 1 c. sz., dodaliśmy do pewnych próbówek ługu, kwasu, rozczynu pepsyny i trypsyny, jak to widać z Tabl. X, następnie dodaliśmy wody do równej objętości cieczy we wszystkich próbach i wstawiliśmy do termostatu na 10 godzin, aby poddać emulsynę działaniu odczynników, poczem zobojętniliśmy ciecze i dopełniliśmy znowu wodą do objętości 3 c. sz. we wszystkich próbówkach. Następnie oznaczyliśmy siłę enzymotyczną emulsyny w próbach w sposób następujący: dodaliśmy do każdej próby po 10 c. sz. 10% rozczynu salicyny, wstawiliśmy do termostatu na 3 godziny i badaliśmy polaryzacyę cieczy w rurce dlugiej na 100 milimetrów.

W podobny sposób wykonaliśmy drugi szereg doświadczeń, z tą tylko różnicą, że trzymaliśmy próby w termostacie przez 8 godzin i badaliśmy polaryzacyę w rurkach długich na 200 milimetrów. Wyniki podane są w ostatniej kolumnie Tabl. X. w stopniach przyrządu półcieniowego Schmidta i Haenscha.

Tablica X.

Liczba próby		2% rozczynu emulsyny c. sz.	NaOH %	HCl %	2% rozczynu trypsyny c. sz.	2% rozczynu pepsyny c. sz.	Polaryzacya $\alpha =$
Szereg I.	1	1	0	0	0	0	— 2·0°
	2	„	„	„	0 5	„	— 2 0°
	3	„	0·033	„	0·5	„	— 5·4°
	4	„	0·033	„	0	„	— 4·5°
	5	„	0	„	„	0·5	— 1·2°
	6	„	„	0·005	„	0·5	— 3·4°
	7	„	„	0·005	„	0	— 2·9°
Szereg II.	1	1	0	0	0	0	+ 5·4°
	2	„	„	„	0·5	„	+ 5·2°
	3	„	0·016	„	0·5	„	+ 5 0°
	4	„	0·016	„	0	„	+ 5·2°
	5	„	0	0·003	„	0·5	+ 5·7°
	6	„	„	0·003	„	„	+ 5·1°
	7	0	„	0	„	„	— 12·8°

Doświadczenia te wykazały, że ani trypsyna, ani pepsyna na emulsynę nie działają.

Dodatek. Przy sposobności doświadczeń nad działaniem fermentów proteolitycznych na emulsynę zajęliśmy się zapoznaniem się z niektóremi jej własnościami.

Emil Fischer podawał w r. 1895, że emulsyna posiada własność rozszczepiania cukru mlekowego[19]), lecz wobec tego, że dokładnych danych o tem w piśmiennictwie nie napotkaliśmy, a Duclaux, przytaczając to spostrzeżenie Fischera, wyraża powątpiewanie[20]), postanowiliśmy więc sprawdzić, czy istotnie emulsyna rozszczepia cukier mlekowy, opierając się na tem, że cukier mlekowy słabiej redukuje rozczyn Fehlinga niż produkty jego rozszczepienia. Nalaliśmy do 4 próbówek po 18 c. sz. $4\frac{4}{9}$% rozczynu cukru mlekowego, do dwóch z tych próbówek dodaliśmy po 2 c. sz. wody, do dwóch zaś po 2 c. sz. 2% rozczynu emulsyny i wstawiliśmy dwie ostatnie próbówki do termostatu na 12 godzin. Następnie wzięliśmy z każdej próbówki po 5 c. sz. cieczy, zmieszaliśmy z 40 c. sz. rozczynu Fehlinga i oznaczyliśmy metodą wagową ilość zredukowanej miedzi. Z Tabl. XI. widzimy, że rozczyny zawierające emulsynę redukowały silniej, że więc cukier mlekowy został rozszczepiony pod wpływem emulsyny. Spostrzeżenie Emila Fischera zostało w ten sposób przez nas potwierdzonem.

Tablica XI.

Liczba próby		% rozczynu emulsyny c. sz.	Wody c. sz	Waga zredukowanej miedzi w gr.
Szereg I.	1	2	0	0·2516
	2	2	0	0 2529
	3	0	2	0·2403
	4	0	2	0 2422
Szereg II.	1	2	0	0 2788
	2	2	0	0·2790
	3	0	2	0·1853
	4	0	2	0·1875

W celu poznania niektórych własności emulsyny, oraz zoryentowania się co do metody otrzymania jej w czystym stanie, przeprowadziliśmy następujące doświadczenie:

4·0660 gr. emulsyny surowej roztarliśmy z 406 c. sz. wody, przesączyliśmy od części nierozpuszczonej, otrzymując pozostałość *A* i przesącz *B*. Przesącz ten wysoliliśmy zapomocą siarkanu amonowego, otrzymując kłakowaty biały osad *C* i przesącz *D*. Próbowaliśmy siłę enzymotyczną pozostałości *A* i obydwu przesączów, używając podobnej metody jak i dla inwertyny. Przyrządziliśmy $4\frac{4}{9}$% rozczyn salicyny, wlaliśmy do 3 próbówek po 18 c. sz. tego rozczynu. Następnie rozpuściliśmy pozostałość *A* w 400 c. sz. zalkalizowanej wody, w której rozpuściła się ona tylko częściowo. Po 1. c. sz. każdej z tych 3 cieczy dodaliśmy do wspomnianych 3 próbówek, dolewając jeszcze po 1 c. sz. wody i wstawiliśmy je do termostatu Ostwalda. Po upływie 1 godziny i po upływie 11 godzin próbowaliśmy polaryzacyę. Liczby otrzymane przy tem ustawione są w ostatniej kolumnie Tabl. XII. Dodajemy tu, że ponieważ przesącz *B* zmieszany z salicyną, próbówki L. 3, polaryzował po upływie 19 gdzin + 5·4°, przeto liczbę tę przyjęliśmy, jako odpowiadającą

[19]) Berichte der deutsch. chem. Gesellsch **28.** str. 1432.

[20]) Microbiologie. T. II. str. 35. „D'après Fischer, l'émulsine dédoublerait le sucre de lait,..... mais cela reste douteux".

całkowitemu rozszczepieniu salicyny. Osadu *C* nie braliśmy do tych prób, ponieważ z wyniku badania oczywistem było, że w nim znajdowała się całkowita ilość emulsyny, potrzebnym on zaś był do tego, aby wypróbować jego zachowanie się w czasie dializy. Osad ten został rozpuszczony w małej ilości wody i dializowany w ciągu kilku dni, aż ciecz zewnątrz i wewnątrz dializatora przestała dawać odczyn na kwas siarczany. W czasie dializy nie wytworzył się osad w dializatorze. Zawartość dializytora wykazywała silne działanie enzymotyczne i dawała odczyny na ciała proteinowe.

Tablica XII.

Liczba próby		Polaryzacya α = po 1 godz.	po 11 godz.
1	18 c. sz. rozczynu salicyny + 1 c. sz. rozczynu pozostałości *A*	— 13·7°	— 12·7°
2	18 c. sz. rozczynu salicyny + 1 c. sz. przesącza *D*	— 13·8°	— 13·4°
3	18 c. sz. rozczynu salicyny + 1 c. sz. przesącza *B*	— 9 2°	+ 4·7°
4	18 c. sz. rozczynu salicyny + 1 c. sz. wody	— 13·9°	—

Z danych powyższych wynika, że emulsyna wysala się całkowicie zapomocą siarkanu amonowego.

Wnioski:

Z doświadczeń naszych wyciągamy następujące wnioski:

1. Pepsyna działa na trypsynę, wspierając osłabiające, destrukcyjne działanie kwasów.
2. Trypsyna działa na pepsynę, wspierając osłabiające, destrukcyjne działanie alkaliów.
3. Pepsyna i trypsyna nie działają na podpuszczkę.
4. Pepsyna, trypsyna i diastaza nie działają na inwertynę.
5. Trypsyna i inwertyna nie działają na diastazę, pepsyna natomiast osłabia nieco diastazę, wspierając osłabiające i destrukcyjne działanie kwasów.
6. Pepsyna i trypsyna na emulsynę nie działają.
7. Emulsyna rozszczepia cukier mlekowy. W ten sposób potwierdzamy spostrzeżenie Emila Fischera.
8. Emulsyna wysala się całkowicie zapomocą siarkanu amonowego i tem się wybitnie różni od inwertyny.
9. Potwierdziliśmy spostrzeżenie Kühnego, że w trzustce zawiera się enzym podobny do podpuszczki.

Jako ogólny wynik zanotować musimy, że działanie wzajemne enzymów na enzymy jest bardzo ograniczone. Podczas gdy zymaza zachowuje się inaczej: zostaje ona w krótkim czasie zniszczoną przez enzym proteolityczny, zawarty w soku drożdżowym.

Doświadczenia nasze o działaniu enzymów na enzymy nie przyniosły nowych dowodów na potwierdzenie mniemania, że enzymy są ciałami proteinowemi, lecz nie mogą one służyć i jako dowód przeciwny, istnieją bowiem peptony, nukleiny i inne ciała proteinowe, które nie ulegają działaniu niektórych enzymów proteolitycznych.

W lipcu 1901 roku.

III. Wyciągi.

Schmitt. **O wykonywaniu operacyj brzusznych, bez uśpienia.** (*Münchner med. Wochenschrift* 1901, Nr. 30). Autor sądzi, że wskazanem jest wykonywać operacye brzuszne w znieczuleniu miejscowem nietylko u osób podupadłych na siłach, ale także i u ludzi niewyniszczonych. Trzeba jednak wziąść pod uwagę, że niekażdy chory zgodzi się, będąc przytomnym, na manipulowanie z jego narządami brzusznymi. Jako środka znieczulającego używa autor 1% kokainy. Rozczynu tego używa nietylko przy operacyach brzusznych, ale i przy innych większych operacyach. Ilość użytej kokainy rzadko dochodzi do 0,06, często tylko do połowy tego. Zwykle wystarcza trzy strzykawki Pravatza do znieczulenia skóry i tkanki podskórnej w całej długości cięcia, prócz tego jedną strzykawkę wstrzykuje autor głęboko w mięśnie. Znieczulenie całych powłok brzusznych wywołuje autor odrazu tak, że po przecięciu skóry już kokainy nie wstrzykuje. Znieczulenie 1% kokainą ma tę wyższość nad znieczulaniem mięszaniną Schleicha, że znieczulenie następuje szybciej i unikamy obrzmienia tkanek. Narządów, które poddaje się operacyi, nie znieczula się. Oczywista rzecz, ze zupełnego znieczulenia, jak przy uśpieniu, otrzymać nie można; ale postępując ostrożnie, można bóle ograniczyć do minimum. Tam, gdzie spodziewamy się w jamie brzusznej zrostów, które rozdzielić trzeba, radzi autor operować w uśpieniu. Operując w znieczuleniu miejscowem, spodziewano się uniknąć tak częstych powikłań po laparotomiach ze strony płuc Obserwacye dotychczasowe nie usprawiedliwiły tych nadziei. I po operacyach brzusznych, wykonanych w znieczuleniu miejscowem, zdarzają się zapalenia płuc, a Gottstein z kliniki wrocławskiej podaje nawet większy odsetek, niż po uśpieniu (13: 5,8 wzgl. 1,8%). Przyczyna tych zapaleń płuc polega nie w narkozie, a w tem, że chorzy operowani zwykle są wyniszczeni, że wykrztuszanie jest utrudnione po operacyach brzusznych, i że chory musi leżeć na wznak. W tych warunkach chory dostanie zapalenia płuc, czy będzie operowany w znieczuleniu miejscowem, czy w uśpieniu. Operacya sama w znieczuleniu miejscowem trwa zwykle dłużej, niż w uśpieniu, musimy bowiem postępować łagodniej, żeby choremu oszczędzić bólu, inaczej bowiem oddziaływa skurczem mięśni brzusznych i utrudnia rozchylenie ścian brzusznych.

Dr. Teofil Zalewski.

Grünwald. **Przyczynek do nauki o powstawaniu i leczeniu ropni w gardle.** (*Münchner med. Wochs.* 1901, Nr. 30). Postać chorobowa, *angina phlegmonosa*, najczęściej nie jest zapaleniem okołomigdałkowem, lecz zapalenie umiejscawia się ponad migdałkiem w łukach podniebiennych i w samem podniebieniu miękiem. Charakterystycznem, a od innych postaci odróżniającem ten rodzaj zapalenia, jest szczękościsk, który powstaje wskutek przejścia zapalenia na mięśnie skrzydlaste *(pterygoidei)*. Prócz tego mamy wysoką gorączkę, zaczerwienienie i obrzęk okolicy ponad migdałkiem i podniebienia miękiego. Tego rodzaju ropnie najłatwiej otwierać od strony dołu nadmigdałkowego *(fossa supratonsillaris)*, zkąd zwykle biorą początek.

Ropnie okołomigdałkowe mają bardzo często swoją przyczynę w schorzeniach zębów. Autor opisuje jeden przypadek, gdzie od zębodołu zęba trzonowego wszedł zgłębnikiem do jamy, z której wyciekła cuchnąca ropa. Przy tym rodzaju zapalenia głównie łuk przedni jest zaczerwieniony i obrzękły.

Przy ropniach w migdałku gruczoł ten jest znacznie powiększony i zaczerwieniony. Otwierać ropnie migdałkowe najłatwiej też od dołu nadmigdałkowego, tylko narzędzie musi być w przeciwnym kierunku zakrzywione, niż do otwierania ropni nadmigdałkowych.

Wszystkim trzem postaciom *anginae phlegmonosae* towarzyszy wysoka gorączka (39,5°) i utrudnienie w połykaniu, które jest największego stopnia przy zapaleniu nadmigdałkiem.

Dr. Teofil Zalewski.

Beck. **O leczeniu mięsaków promieniami Röntgena.** (*Münch. med. Wochs.*, 1901, Nr. 32). Autor opisuje przypadek mięsaka na podudziu w okolicy kostki zewnętrznej z przerzutami w pachwinie. Kilkakrotnie wycinał autor tak nowotwór pierwotny, jak i przerzuty w pachwinie, zawsze jednak 4—2 tygodniach przychodził chory z nawrotem w jednem i w drugiem ognisku. Uważając przypadek ten za stracony, zaczął autor stosować promienie Röntgena na ranę po wycięciu pierwotnego ogniska, sam jednak nadmienia, że wycięcie nie było doszczętne, pozostały bowiem w obwodzie małe guzki. Czas trwania jednego posiedzenia wynosił początkowo 20 minut, później 45 minut. Posiedzenia robił w odstępach 2—3 dniowych. W 9 tygodni rana zagoiła się, a guzki w obwodzie zbliznowaciały. Autor zamierza zrobić tosamo z przerzutem w pachwinie.

Dr. Teofil Zalewski.

J. G. Rey. **Dotychczas nieuwzględnione przeciwwskazanie operowania stulejki, zapalenie pęcherza moczowego w pierwszych latach życia.** *(Jahrbuch für Kinderheilkunde* 53, tom 3, zeszyt 6). Prof. Bokai dowodnie wykazał, iż u noworodków zlepiony jest napletek z żołędzią zapomocą komórek, jako fizyologiczna stulejka noworodków. Od tej odróżnić należy stulejkę wrodzoną, trwającą do późniejszego wieku dziecka i stulejkę chorobową, mogącą być także wrodzoną, a sprawiającą od pierwszych dni życia objawy utrudnienia w oddawaniu moczu. To też nie można każdego noworodka uważać za dotkniętego stulejką i poddawać go operacyi na wzór zwyczajów wschodnich, gdyż operacya ta w warunkach niekorzystnych może być groźną dla życia.

Zapalenie pęcherza moczowego u osesków jest chorobą częstą i wywołuje zatrzymanie moczu lub utrudnienie w jego oddawaniu. Znamiennym objawem zapalenia pęcherza u dzieci jest amoniakalny zapach moczu przy ich przewijaniu, brudno różowawe pierścienie na pieluchach, przesiąkniętych moczem, zmiany składu moczu i wyprysk, zajmujący okolicę kości krzyżowej, pośladki, zewnętrzną powierzchnię podudzi i ud, worek mosznowy, dolną powierzchnię prącia, ujście zewnętrzne napletka, lub cewki moczowej. Wyprysk ten różni się nader wybitnie od wyprzania *(intertrigo)*, które przedewszystkiem zajmuje fałd około otworu stolcowego, pachwiny i wewnętrzną powierzchnię (przedudzia). Istniejące zapalenie pęcherza moczowego wywołuje trudności w oddawaniu moczu, a wyprysk, połączony nieraz z owrzodzeniami, zajmując ujście zewnętrzne cewki, i sprowadzając jego zatkanie trudności te zwiększa i daje powód do następowych zapaleń ropnych pęcherza moczowego, miedniczek nerkowych i nerek, które to powikłania kończą się śmiercią osesków. Przy istniejącym napletku wyprysk ten nie wywołuje tak znacznych mechanicznych przeszkód w oddawaniu moczu, gdyż ujście nigdy się tak szczelnie nie zatyka. Doświadczenia autora wykazują, iż do lat trzech zatrzymanie moczu jest najczęściej wywołane przez zapalenie pęcherza moczowego, wobec którego wtedy dopiero wolno operować stulejkę, jeżeli mimo leczenie zapalenia pęcherza nie można w inny sposób usunąć mechanicznej przeszkody odpływu moczu. *Dr. Bolesław Komorowski*

George Lamb. **Stosunek cholery do rozpowszechnienia prątków przecinkowych w wodzie studziennej.** (*The Lancet* 20 kwietnia 1901 r.). W maju 1900 r. autor został wysłany przez rząd angloindyjski do Gujeratu dla zbadania miejscowości, w których panowały głód, cholera i zimnica. Za radą Hawkina zajął się autor między innemi bakteryologicznem badaniem wody studziennej w zwiedzanych miejscowościach: badał wodę z 33 studzien w 14-tu różnych miejscach, z których w 8-miu znalazł prątki przecinkowate, w 6-ciu zaś ich nie było (zaznaczyć należy, że ani jeden z wykrytych prątków nie był prawdziwym przecinkowcem cholery). Porównując swoje spostrzeżenia ze spostrzeżeniami Hawkina i Simpsona z r. 1894 (badania wody w Kalkucie), dochodzi autor do następujących praktycznie ważnych wniosków: 1° W miejscowości, porzuconej przez ludność z powodu cholery, ujemny wynik badania wody na przecinkowce może pomódz do bliższego określenia czasu, kiedy można zezwolić na powrót mieszkańców. 2° W miejscowościach, gdzie spostrzegano li tylko odosobnione przypadki cholery, znalezienie przecinkowców w wodzie ostrzedz może o zbliżającym się wybuchu nagminnym. 3° Tam, gdzie cholera już nagminnie panuje, bakteryologiczne badanie wody z różnych źródeł wykryć może, skąd grozi niebezpieczeństwo: zamknięcie takich źródeł lub zakaz korzystania z nich może zapobiedz rozpowszechnieniu i konieczności usuwania ludności. Dla oczyszczenia wody w zarażonych studniach stósowano nadmanganezian potasowy: badania choroby autora nie pozwalają na żadne stanowcze wnioski o zaletach tego środka, chociaż dawało się spostrzegać, że w studniach, do których wlewano nadmanganezian, prątki przecinkowate spotykano rzadziej. *St. Rudzki.*

M. Tuffier. **Znaczenie rozpoznawcze badania krwi przy zapaleniu wyrostka robaczkowego.** *(Semaine medicale* 1901, Nr. 27). Autor opisuje przypadek, dotyczący 47-letniej szwaczki, u której znajdował się na prawym talerzu biodrowym twardy guz, wzrastający od 8-miu miesięcy, połączony z przykurczeniem uda; rozpoznanie jego przyrody wahało się między nowotworem, wychodzącym z miednicy, a ropniem opadowym w torebce m. lędźwiowego. Badanie krwi w tym przypadku przemawiało za rozpoznaniem ropienia, wykazując krwinek czerwonych 6,637.000, ciałek białych 49.600, a mianowicie 75% wielojądrzastych, 25% jednojądrzastych, brak eozynofilów. Za wiele tedy krwinek białych na mięsaka, za wiele krwinek czerwonych na nabłoniaka. Operacya potwierdziła rozpoznanie. Pierwszy Hayem zwrócił uwagę na konieczność badania krwi w stanach chorobowych i wskazał na doniosłość rozpoznawczą tego badania. I tak w zakażeniach wogóle, a zwłaszcza w ostrych ropieniach, znajdujemy leukocytozę, dotyczącą głównie ciałek wielojądrzastych. Liczba krwinek białych, wynosząca prawidłowo 6 do 8-miu tysięcy, zwiększa się do 20, 30, a nawet 50 tysięcy w mm³. Także nowotworom, a zwłaszcza nowotworom nabłonkowym, towarzyszy leukocytoza wielojądrzasta. Cechą różniczkową między rakiem a ropieniem jest istniejące zwykle przy raku prócz innych objawów klinicznych, zmniejszenie się liczby krwinek czerwonych lub odsetka hemoglobiny, lub też i jednego i drugiego. Z badań niedawnych Miliana wynika, że przy istnieniu mięsaka brak wogóle leukocytozy i niedokrewności, owszem badanie krwi wykazuje zwiększenie się liczby krwinek czerwonych do 6-ciu lub 7-miu milionów w mm³. Zwiększenie się eozynofilów bywa zjawiskiem zwycięzkiej walki ustroju z ropieniem i jest poniekąd wskazaniem do leczenia zachowawczego zapalenia wyrostka robaczkowego. *Dr. M. Blassberg.*

IV. Sprawozdanie z 25-go zjazdu niemieckiego Towarzystwa dla higieny publicznej, odbytego w Trewirze.

Napisał

Dr. Leonard Bier.

Wydział niemieckiego Towarzystwa dla higieny publicznej kieruje się w wyborze miejsca na swe zebrania doroczne dwoma względami: by uczestnikom zjazdu przedstawić wzorowe urządzenia z higieny publicznej, a w szczególności miejskiej, oraz by pomiędzy tymi, którzy z urzędu i zawodu, jak burmistrze zajmują się zarządem miejskim, wywołać współzawodnictwo na polu uzdrowotnienia miast, wybiera wydział na ogólne zebranie miasta, celujące postępem na tem polu. Nie pomija jednak i miast leniwych w pracy nad zdrowotnością miast, a to w tym zamiarze, by pod parciem zewnętrznem, przez krytykę obcych zmusić zarządy miejskie do poprawy zaniedbanego zdrowia publicznego, by czynnikom dodatnim tych zarządów udzielić swego poparcia moralnego i w szerokich warstwach mieszczaństwa obudzić zajęcie się sprawami higieny publicznej. Ten drugi wzgląd, obok może bliskości wystawy paryskiej, przeważył przy wyborze miejsca na 25-te z rzędu zebranie — wybrano Trewir, położony nad Mozelą, niedaleko granicy francuskiej pośród winnicami pokrytych wzgórz. Przykre uczucie wywołują tu braki, w obecnem pojęciu niezbędnych urządzeń zdrowotnych jak kanalizacyi i dostatecznej ilości wody, odbijając jaskrawo od dosyć dobrze, najlepiej z całych Niemiec zachowanych zabytków rzymskich stawianych przez lud ten dla zdrowia, a w szczególności olbrzymiej łaźni rzymskiej. I w Trewirze zrobiono wprawdzie nieco dla poprawy zdrowia ogólnego, nie jest to jednak zasługą miasta: usilnemu parciu i inicyatywie ze strony rządu zawdzięczać to należy. Dzięki nowemu prądowi w polityce i zarządzie miasta wywołanemu przez „nowych ludzi", obecnie już i władze miejskie dobre okazują chęci w kierunku poprawy starych błędów. Plan kanalizacyi miasta, uregulowanie wywozu śmieci, niedawno wykończona budowa rzeźni miejskiej i kilku szkół, plany burzenia niezdrowych mieszkań, rozszerzenia ulic, zaopatrzenia miasta w wodę, uchwyconą w pobliskiej kotlinie górskiej, elektrycznego oświetlenia ulic i placów, wszystko to świadczy o żywotności nowego prądu. Niewiele zatem było można w mieście zobaczyć, niewiele się nauczyć, zjazd jednak powiódł się dobrze dzięki umieszczeniu na porządku dziennym kilku spraw bardzo żywotnych.

W przekonaniu, że zapobieżenie grożącej ze wschodu dżumie zależy nietylko od wydanych przez rządy rozporządzeń, ograniczających komunikacyę z zakażonemi miejscowościami, ale że znakomitym do celu tego środkiem jest dokładne zaznajomienie burmistrzów i techników miejskich z istotą tej choroby, ze sposobami i drogami, któremi się szerzy i na znajomości tej opartymi środkami zapobiegawczymi. Zarząd Towarzystwa dla higieny publicznej jako temat obrad naznaczył »*O środkach do zwalczenia dżumy*«, wybierając na sprawozdawcę znanego higienistę — bakteryologa prof. Gaffkego, jednego z uczestników wyprawy rządu niemieckiego do Indyi, której powierzono zbadanie tej zarazy.

Po zaznaczeniu, że dżuma coraz to więcej się rozszerza, że staje się groźną dla Europy, bo coraz częściej przenoszą ją okręty do portów europejskich, twierdzi G. na podstawie spostrzeżeń w Indyach, że mylnem jest przekonanie, jakoby dżuma straciła obecnie cokolwiek ze swego groźnego charakteru. Jak w wiekach poprzednich, taksamo i teraz dziesiątkuje ona ludność indyjską i chiń-

ską. Jeżeli znajdzie grunt podatny do rozwoju, niełatwo ją stłumić. Nie jest to choroba rasy żółtej, choć europejczycy na nią rzadziej zapadają: w Oporto nie szczędziła i europejczyków (300-tu zachorowało, a 100 zmarło). Omawiając istotę zakażenia i drogi, któremi się zaraza ta szerzy, zwrócił G. uwagę na szczegół mało znany, a niezmiernie ważny, — na pojawianie się lekkiego przebiegu dżumy u niektórych osób, przybierającego nieraz postać przewlekłą. Takie przypadki, zazwyczaj lekceważone pod względem zapobiegawczym, jak również i osoby, które przebyły płucną postać dżumy, a nieraz przez wiele tygodni z plwociną, odkrztuszają zarazki dżumowe, bardzo jadowite, odgrywają niewątpliwie bardzo ważną rolę w przenoszeniu zarazy; takąż rolę odgrywają podobne postacie cholery, przebiegające wśród lekkich tylko zaburzeń zdrowia.

Środki zapobiegawcze stosowane dawniej przeciwko dżumie, szczególnie w postaci bardzo ścisłych i długich kwarantan i kordonów wojskowych, zazwyczaj nie przeszkadzały zawleczeniu dżumy, utrudniając równocześnie w bardzo znacznym stopniu stosunki z zakażonym krajem. Te zbyt wielkie ograniczenia w ruchu osobowym i towarowym, nie dając pewności, że wstrzymają zarazę, a wobec rozwoju i wzrostu handlu pociągając za sobą bardzo znaczne straty ekonomiczne nie mogły się ostać, tem więcej, że w rozmaitych państwach rozmaicie wykonywane służyć mogły wobec sąsiadów zarazem do ekonomicznego zwalczania w pewnym kierunku konkurencyi handlowej. Aby uczynić tym względom sanitarnym i ekonomiczno-handlowym przy zapobieganiu i zwalczaniu dżumy zadosyć przystąpiły państwa europejskie do znanej umowy w Wenecyi. Na mocy postanowień tej umowy, określającej środki zapobiegawcze poza Europą i w jej państwach zobowiązały się prawie wszystkie państwa europejskie do jednolitego postępowania wobec okrętów, osób i towarów przybywających z okolic, nawiedzonych dżumą co do przedmiotów, które muszą podlegać odkażeniu co do częściowego zamykania granicy, oraz zawiadamiania się wzajemnego o każdym przypadku choroby i przebiegu epidemii w obrębie własnych granic. Powierzenie dozoru i wykonania środków ostrożności, ustanowionych w Wenecyi, osobom pewnym i zawodowo wykształconym, nieszczędzenie środków pieniężnych do ich wykonania, jest najważniejszym środkiem, przez który postanowienia konwencyi weneckiej zdaniem G. zyskują praktyczną podstawę.

Władze i społeczeństwo powinny być jednak świadome tego, że mimo ścisłego przestrzegania postanowień konwencyi weneckiej zaraza może się dostać do kraju i zawczasu też dążyć powinniśmy do naprawy warunków zdrowotnych w najpodatniejszych dla zarazy miejscowościach. Poprawa ta wyjdzie na korzyść mieszkańców nietylko wobec dżumy, ale wobec wszelkich chorób zakaźnych. Szczególniejszy nacisk należy położyć na uzdrowienie mieszkań, gdyż z doświadczeń, poczynionych na wschodzie, wiadomo, jak wielką rolę w rozszerzeniu się dżumy odgrywają domy, zawierające nędzne mieszkania. H i g i e n i c z n e m i e s z k a n i a d l a n a j u b o ż s z e j l u d n o ś c i s ą j e d n y m z n a j w a ż n i e j s z y c h c z y n n i k ó w w z w a l c z a n i u d ż u m y. Innym środkiem służącym do zapobieżenia rozszerzaniu się dżumy jest tępienie szczurów, może najważniejszych przenośników zarazy. Wczesne rozpoznanie pierwszego zawleczonego przypadku moru jest dalszym środkiem, który pozwala szybko i skutecznie opanować zarazę. Niestety jednak choroba ta przybiera nieraz tak rozmaitą postać, że rozpoznanie jej tylko z objawów i przebiegu często nastręcza wiele trudności. Jedynie badanie bakteryologiczne i doświadczenie na zwierzętach pozwala szybko i stanowczo stwierdzić swoistość choroby. Ztąd też wynika potrzeba rozmieszczenia po całem państwie zawodowych lekarzy bakteryologów, którzyby w danym razie badania te wykonywali. [Myśl ta, wyrażona już na konferencyi bakteryologów i higienistów, zwołanej w sprawie dżumy do cesarskiego urzędu zdrowia w r. 1899 znalazła silne poparcie tak w sferach rządowych, jak i autonomicznych. W ciągu ubiegłego roku potworzono w Niemczech prawie przy wszystkich uniwersyteckich zakładach higieny oddzielne pracownie do rozpoznawczych badań w razie pojawienia się dżumy, a nadto uznając znaczenie zakładów bakteryologiczno-higienicznych, jako kierujących do pewnego stopnia poprawą stosunków zdrowotnych, szczególnie w zakresie chorób zakaźnych, utworzono w miastach, nieposiadających wydziału lekarskiego, osobne zakłady higieniczno-bakteryologiczne (n. p. w Poznaniu, Gdańsku). We Wrocławiu, Lipsku i Halli, oraz w Kolonii miałem sposobność przekonać się, jak dostatnio w pierwszych trzech miastach rząd, a w ostatnim miasto pracownie te uposażyły]. Wczesne rozpoznawanie moru w powiatach, posiadających niewielu lekarzy, może niezawsze będzie możliwem, i tu w razie niebezpieczeństwa zawleczenia moru szczególnie baczną uwagę trzeba będzie zwracać w razie liczniejszych przypadków śmiertelnego zapalenia płuc, jednej z klinicznych postaci moru.

Do zapobieżenia rozszerzeniu się moru wielce przyczyni się uchwalona właśnie przez niemiecką radę państwa i już obowiązująca ustawa o zwalczaniu chorób zaraźliwych. Jakkolwiek praktyczne wykonanie ustawy należy do poszczególnych państw związkowych, to jednak kanclerz rzeszy ma obowiązek dopilnowania, by ustawę jednolicie wykonywano, a w razie niebezpieczeństwa ma prawo wydać rządom poszczególnych państw osobne polecenia co do zwalczania zarazy. Ustawa ta określa obowiązki donoszenia o każdym przypadku choroby i śmierci z powodu moru lub wśród objawów, podobnych do moru. Ścisłe wykonanie tego obowiązku wobec dzisiejszych rozporządzeń sanitarnych w Niemczech nie jest możliwe, gdyż w 14-tu obwodach państwa pruskiego i w 6-ciu państewkach związkowych nie zaprowadzono dotychczas obowiązkowych oględzin zwłok. Należy też żądać, aby jak najprędzej rząd rzeszy wydał osobną ustawę dla całego państwa, zaprowadzającą obowiązkowe oględziny zwłok. Dalsze ustępy ustawy w sprawie moru określają obowiązki lekarza urzędowego przy zbieraniu wiadomości o pojawieniu się i przebiegu choroby, prawa wykonywania oględzin, sekcyi i zabierania tkanek narządów do ściślejszego badania; nadają mu prawo w ważnych przypadkach zarządzać doraźniej środki ostrożności, określają sposoby oddzielania osób chorych, podejrzanych o zakażenie i stykających się z niemi osób zdrowych, grzebania zmarłych, tępienia szczurów i myszy, sposób postępowania z domami zakażonemi, odkażenia i t. d.

Ustawa ta pozwala władzom w znacznym stopniu ograniczać wolność osobistą obywateli, wkracza znacznie w prawa rodziny, niemniej jednak obok względów na bezpieczeństwo ludności czyni ona zadosyć także względom ogólno-ludzkim. Tak n. p. przymusowo przenieść chorego z domu do szpitala wolno tylko wtedy, gdy według orzeczenia lekarza rządowego mieszkanie chorego nie pozwala na zupełne oddzielenie chorego i jego opieki, jeżeli lekarz ordynujący uzna, że przez to chory nie poniesie szkody, i jeżeli szpital, w którym chory ma być pomieszczony, odpowiednio jest urządzony. Wszelkie uszkodzenie własności, wynikłe z zarządzeń władzy, wydanych dla tłumienia zarazy, musi być poszkodowanym wynagrodzone.

Przeciążenie pracą lekarzy, którym z urzędu wypadnie tłumić zarazę moru i przestrzegać ustawy, wymagać będzie zawodowej pomocy w postaci lekarzy, wykształconych w bakteryologii i higienie. Takich zawodowców trzeba będzie wysyłać do najwięcej zagrożonych miejsc do rady i do pomocy lekarzom urzędowym. Ustęp końcowy swego sprawozdania poświęcił G. uodpornianiu przeciw zakażeniu morem, omawiając tak uodpornianie bierne zapomocą surowicy swoistej, jak czynną przez wstrzykiwanie podskórne zabitych hodowli dżumowych. Wobec dobrych wyników, ogłoszonych przez niektórych badaczy, uważa G., że uodpornieniu jednym z tych sposobów lub przez połączenie obu powinny się poddawać osoby, szczególnie na zakażenie narażone: lekarze i pielęgnujący chorych. Jakkolwiek nie jest jeszcze stanowczo pewną wartość lecznicza surowicy przeciwmorowej nie powinno się jednak zaniedbać przyrządzenia zapasów tego środka na wypadek wybuchu zarazy. Przyrządzenie tak szczepionki ochronnej, jak i surowicy odbywać się winno w centralnym zakładzie państwowym.

W dyskusyi, która po odczycie się wywiązywała, nawoływał prof. S c h o t t e l i u s z Fryburga, by państwa nie polegały zbytnio na środkach międzynarodowych, stosowanych przeciw morowi i szczególnie ostrej poddawał krytyce pobieżną kontrolę sanitarną w Suezie, którą poznał w czasie powrotu z Bombayu; zdaniem jego główny nacisk należy położyć na środki ostrożności we własnym kraju, nie zaś na międzynarodowe, na które większy wpływ wywierają względy polityki handlowej, aniżeli zdrowotne. Nie należy również przeceniać niebezpieczeństwa zarażenia się dżumą. Jak tego dowodzą przykłady w Indyach, tak postać płucna, jak i dymienicza moru nie udzielają się łatwo otoczeniu chorego. Ten fakt należy szczególnie zaznaczyć wobec szerszej publiczności, aby nie potęgować i tak znacznej już przeczulicy na punkcie zdrowia, napotykanej wśród ogółu, a przez to nie osłabiać tak ważnej przy wszelkich zarazach odporności. E n d e m a n n bronił ustawy o tłumieniu chorób zakaźnych, L e n t zaś wniósł, by zgromadzenie przedstawiło kanclerzowi rzeszy prośbę o rychłe wprowadzenie ustawy o obowiązkowych oględzinach zwłok przez lekarzy; zgromadzenie jednomyślnie wniosek ten przyjęło.

Jako drugi temat rozpraw naznaczono: »*Jakie znaczenie pod względem zdrowotnym posiadają wodociągi, dostarczające wodę, z sztucznie zamkniętych kotlin górskich*«.

Pierwszy sprawozdawca, prof. budownictwa wodnego w Akwizgranie, I n t r e, wskazał na okoliczności, które zniewalają miasta coraz to częściej do zaopatrywania się w wodę niegruntową, lecz ze sztucznie w kotlinach górskich utworzonych jezior. Dzieje się to szczególnie w prowincyach nadreńskich i Westfalii, krajach bardzo gęsto zamieszkałych i bardzo przemysłowych. Ilość potrzebnej wody

jest niezwykle wielka dzięki przemysłowi i licznej ludności, a gęstość zaludnienia zmusza do poszukiwania wody gruntowej, odpowiadającej wymaganiom higieny, w znacznej odległości od miast. Przez to rosną koszta i ze względu na długość rurociągu i konieczność kilkakokrotnego podnoszenia wody, by otrzymać dostateczne ciśnienie, przyczem zwłaszcza w czasie największej potrzeby wody w lecie bardzo często pękają rury wskutek nadmiernego parcia. Koszta roczne utrzymania takiego wodociągu, dla miasta, liczącego kilkaset tysięcy ludności, wynoszą nieraz do miliona marek. Często się jednak zdarza, że wskutek nadmiernego czerpania wody, poziom wody gruntowej na terenie wodociągowym tak bardzo się obniża, że woda wodociągowa szczególnie w czasie powodzi w znacznej części zawiera wodę z rzeki najbliższej, mniej lub więcej dobrze przesączoną, zależnie od przepuszczalności gruntu. Zdarza się i to nieraz, że zarządy wodociągowe dla dostarczenia miastu dostatecznej ilości wody, mieszają wodę rzeczną z wodą wodociągową bez poprzedniego oczyszczenia. W okolicach górskich, przy powierzchni ziemi falistej i nieprzepuszczalnym gruncie, nie napotyka się dostatecznie wielkich zapasów wody gruntowej, również i wydatność źródeł często, zwłaszcza w porze letniej, kiedy najwięcej wody potrzeba, — tak dalece się zmienia, że regularne dostarczenie potrzebnej ilości wody w wielu miastach na wielkie napotyka trudności. Nadto w wielu miejscowościach woda gruntowa, używana do wodociągu, bardzo wiele pozostawia dożyczenia wobec bardzo gęstego zamieszkania okolicy i silnie rozwiniętego przemysłu, zanieczyszczającego ziemię przez liczne kanały i ścieki. Te to strony ujemne, pojawiające się tu i ówdzie przy wodociągach z wody gruntowej i źródeł, były przyczyną, która popychała techników do wynalezienia innego sposobu zaopatrywania miast w wodę niegruntową i nieźródlaną. Użyto do tego celu wody z powierzchni gruntu za przykładem Rzymian, którzy potoków górskich i wód uchwyconych w kotlinach górskich używali obok źródeł do zaopatrzenia swych miast. Woda powierzchowna co do swego pochodzenia jest wodą przeważnie opadową, w części przesączoną przez niezbyt grube warstwy ziemi. Gromadzi się ją w sztucznych jeziorach, stworzonych przez zatamowanie mniej lub więcej obszernych kotlin. Wybór kotliny zależeć winien od ilości opadów atmosferycznych na przestrzeni, dostarczającej wody kotlinom, od dobrego zalesienia okolicy, regulującego dopływ wody i od gruntu czystego, niebagnistego; tak w kotlinie jak i w jej sąsiedztwie nie powinny się znajdować zakłady przemysłowe, jak również mieszkania ludzkie. Zbiorniki te, sztucznie stworzone, dostarczają nietylko ilości dostatecznej wody (największy w Niemczech zbiornik, znajdujący się w górach Eifel, zawiera $45\frac{1}{2}$ miliona i dostarcza rocznie wody 150—180 milionów metrów sześciennych), ale posiada wielkie znaczenie i pod względem ekonomicznym przez ochronę okolicy od powodzi, gdyż reguluje bardzo wybitnie wzrastanie wody w najbliższych potokach i rzekach. Przy urządzaniu sztucznych jezior w kotlinach górskich należy zwracać szczególniejszą uwagę na budowę tamy zamykającej kotlinę, która nietylko że winna posiadać dostateczną grubość, ale i specyalną budowę w kształcie sklepienia, celem zabezpieczenia przed przerwaniem i zalewem okolicy. Koszta wody takiej przy spadku naturalnym wody wynoszą na 1 m.^{3} trzy fenigi, a przy amortyzacyi kapitału nakładowego po jego spłacie najwyżej $\frac{1}{2}$ feniga. (C. d. n.)

V. III. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze, 1901.

Zestawił

Dr. P. Kučera.

Sekcya lekarska.

(Ciąg dalszy).

48. J. Semerád (Praga). **O tak zwanych przejściowych zapaleniach rdzenia; przyczyna do rokowania w zapaleniach ostrych.** Autor na podstawie trzech własnych spostrzeżeń rdzeniowego porażenia kończyn dolnych i piśmiennictwa, dochodzi do następującego wniosku: Istnieje postać rdzeniowego porażenia kończyn dolnych, które rozpoczyna się ostro lub podostro, i które poprawia się w ciągu kilku tygodni bez względu na stopień objawów klinicznych. Porażenia te prawdopodobnie nie mają wspólnej podstawy anatomicznej ani jednakowej etyologii. Pewna część tych przypadków przebiega wśród objawów, wskazujących na zapalenie rdzenia. Należałoby powtórzyć doświadczenia Feinberga i Rotha u zwierząt, czy można takie zapalenie wywołać zapomocą wpływów termicznych (oziębienie), i to tak na rdzeniu zdrowym, jak i na rdzeniu z naczyniami schorzalemi. Nie można uważać z góry za stracone nawet najdalej posuniętych przypadków z postępującą odleżyną, ropnem zapaleniem pęcherza i objawami *»urosepsis«*.

49. F. Samohod (Praga). **O porażeniach arszenikowych.** Czy można rozpoznać porażenie arszenikowe nawet w tych przypadkach. gdzie niema wskazówek w wywiadach, i gdzie w moczu nie można wykazać arszeniku? Na podstawie spostrzeżeń własnych w klinice prof. Eiselta i według przypadków piśmiennictwa autor odpowiada na pytanie to twierdząco. Porażenie arszenikowe bowiem wyróżnia się pomiędzy innemi cierpieniami nerwowemi znamiennie swoim przebiegiem. I tak można w takich razach rozróżnić: 1. okres objawów żołądkowych i kiszkowych. 2. okres szybko postępujących, lecz zawsze jednakowo uporządkowanych objawów porażenia (zmiany czucia, szybko powstające porażenie, zmiany w odżywieniu) i to symetrycznie po obu stronach od obwodu ku środkowi, 3. zatrzymanie się sprawy na szczycie, 4. poprawa przebiegająca w pewnym stałym porządku.

50. M. Mixa (Praga). **O infantylizmie, typu Lorraina.** Podstawą tego wykładu są 3 przypadki z kliniki prof. Maixnera. W 2 z nich znaleziono niedokształt naczyń i to raz bez innych zmian, raz w połączeniu z gruźlicą, (co stwierdziła sekcya). Trzeci przypadek był mniej wyraźny, gdyż istniał w nim zarazem i rzekomy przerost mięśni, wskutek którego występują również cechy feminizmu.

51. Prof. J. Reinsberg (Praga). **Ograniczona zgorzel skóry w zatruciu fosforem.** W czeskim zakładzie sądowo-lekarskim znaleziono u kobiety 31-letniej po zatruciu fosforem (poronienie 4-tego dnia, śmierć 9-tego dnia) zaczynającą się zgorzel na obu podudziach obok obrzęku kończyn dolnych. Zresztą typowe zmiany. Według Prof. R. tłómaczy się powstawanie zgorzeli osłabieniem serca, oraz zmianami krwi, spostrzeganemi przez Taussiga w zatruciu fosforowem, lub może zmianami śródbłonka naczyń.

52. Krahulik (Praga). **Dalsze doświadczenia w sprawie rwy kulszowej, połączonej ze skrzywieniem kręgosłupa** (*ischias scoliotica*). Praca autora opiera się na pięciu spostrzeżeniach z czeskiej polikliniki. W przypadkach tych nie można było wytłómaczyć skrzywienia kręgosłupa (*scoliosis*) tem, że chory, chcąc ochronić chorą kończynę przenosi ciężar ciała na kończynę zdrową, bo skrzywienie kręgosłupa nie znikało podczas zawieszania chorych, ani wtedy, gdy chory się położył; następnie spostrzegano wprost skurcze mięśni wzdłuż kręgosłupa, nieraz bolesne przy ucisku; znaleziono dalej punkta bolesne i przeczulicę skóry w przebiegu nerwów splotu biodrowego. Przypadki tego rodzaju różniły się od zwykłej rwy kulszowej swą uporczywością pomimo leczenia, a skrzywienie kręgosłupa trwało nieraz dalej, pomimo tego, że bóle w nerwie kulszowym ustąpiły. Według K. skrzywienie kręgosłupa nie jest więc zjawiskiem następowem, lecz przyczyną jego jest skurcz mięśni po stronie kręgosłupa, wywołany zmianami zapalnemi w korzonkach biodrowych i krzyżowych. Po stronie zdrowej skurcz mięśni może być odruchowym. W miarę tego, która strona przeważa, powstaje skrzywienie kręgosłupa po tej stronie, po której nerw jest zajęty, lub po stronie przeciwnej.

53. Jirásek (Humpolec). **Padaczka, wyleczona po durze brzusznym.** Zajmujący przypadek padaczki u 18-letniej mężatki. Pierwszy napad, zupełnie typowy, pojawił się przeszło dwa lata temu. Później przez kilka miesięcy napady powtarzały się coraz to częściej, pomimo leczenia bromem. W dwa dni po ostatnim napadzie zapada chora na dur brzuszny. Na początku czwartego tygodnia występują objawy mózgowe (śpiączka, bredzenie, ból głowy, raz wymioty). W ciągu dalszych dwóch tygodni chora wyzdrowiała, a od tej pory również — dziś już $2\frac{1}{2}$ lata temu) — znikły zupełnie napady padaczkowe. Autor przypuszcza, że objawy mózgowe na początku czwartego tygodnia duru wywołane były widocznie miernego stopnia zapaleniem opon mózgowych. Wśród tego zapalenia musiała się odegrać w mózgu pewna sprawa, której wynikiem jest ustąpienie padaczki. Być może, że przyczynę padaczki stanowiła tu jakaś mała blizna w korze lub jakieś zgrubienie, które mogły przez zmiany zapalne uledz niejako rozluźnieniu. Z drugiej strony możnaby myśleć też o tem, że w przebiegu duru uległy zniszczeniu pewne substancye krwi, które przedtem wywoływały napady padaczkowe.

54. V. Vitek (Paryż). **Paramyoclonus multiplex i stosunek jego do tic convulsif pochodzenia jądrowego (nuklearnego)** (przedstawia Dr. Pelnář). Przypadek V. dotyczy starego mężczyzny, nałogowego pijaka, w którego rodzinie w pięciu pokoleniach występuje dziedzicznie drżączka i alkoholizm. Chory ten cierpi na drgawki mięśni kończyn górnych i dolnych, po części i mięśni

twarzy. Drgawki te znikają podczas snu, powiększają się przy wzruszeniu, występują niezupełnie symetrycznie po obu stronach i przebiegają bez lokomocyi. Pierre Marie, na którego oddziale chory leży, rozpoznawał *»paramyoclonus multiplex«*. Rozpatrując zagadnienie, czy *paramyoclonus* jest rodzajem „tiku" (Schultze), czy też chorobą samoistną (Marie, Bechterew), autor trzyma się zdania Unverrichta: taksamo jak *tic convulsif* jest skutkiem wzmożonej wrażliwości ośrodka twarzowego w korze, podobnie i *myoclonus* ma przyczynę w wzmożonej wrażliwości ruchowych komórek rdzenia.

55. J. Elgart (Berno). **Znaczenie bólów mięśni w ostrych chorobach zakaźnych.** Badania anatomiczne pozwalają już zwolna na wytłómaczenie różnych bolów mięśniowych, tak częstych w przebiegu ostrych chorób zakaźnych. Znanem jest zwyrodnienie woskowe mięśni w durze brzusznym, zwyrodnienie miąższowe lub tłuszczowe w innych chorobach. Przyczyną zwyrodnienia są pewnie swoiste jady, a nie wysoka ciepłota, za czem przemawia też różnorodność zwyrodnienia. Powstawanie bólów w takich mięśniach tłómaczy autor podobnie, jak i bóle po wytężonej pracy (urazowe), to znaczy chodzi tu o liczne, drobne przerwania włókien mięsnych i o następowe wybroczynki w takich przerwach. Przez te liczne wybroczynki wzrasta napięcie torebki mięśnia, a ztąd ucisk na nerwy czuciowe. W chorobach zakaźnych sprawa ta rozwija się tem łatwiej, ponieważ mięśnie są zwyrodniałe. Taki „gościec" mięśniowy rzadko kiedy bywa chorobą samoistną, zwykle występuje on jako powikłanie choroby gorączkowej (nieżyt nosa i gardła), choć nieraz bywa głównym przedmiotem skarg chorego (np. ból lędźwiowy. Napady tego „gośćca" mogą się powtarzać tak długo, jak długo trwa zwyrodnienie mięśni (= *»diathesis rheumatica«* francuskich autorów). W leczeniu najlepiej poskutkuje spokój (łóżko); salicylan sodowy mało pomaga; głównym celem powinno być leczenie choroby pierwotnej, aby jaknajmniej jadów uległo wessaniu.

56. V. Slavik (Praga). **Przyczyny nagłej śmierci i jej znaczenie w medycynie sądowej** (temat ogólny). Śmierć nagłą określa autor jako natychmiastowe lub nader szybkie zakończenie życia u człowieka. dotąd zdrowego lub u człowieka w takim stopniu choroby, w którym nic było można spodziewać się śmierci. Oceniwszy następnie znaczenie śmierci nagłej w medycynie sądowej i w przypadkach ubezpieczenia, podaje autor wyczerpujący przegląd i podział przyczyn, mogących sprowadzić nagłą śmierć. Dzieli on te przyczyny na 10 wielkich gromad, a każdą z nich znowu na mniejsze:

A) Zmiany chorobowe ważnych narządów, (1. narządu nerwowego, 2. n. krążenia, 3. oddechowego, 4. pokarmowego, 5. gruczołu tarczykowego, 6. zmiany grasicy. śledziony i narządu chłonnego, 7. zmiany narządu moczowego i płciowego). B) Śmierć nagła w chorobach ostrych zakaźnych. C) Wpływy toksyczne. D) Urazy mechaniczne. E) Wpływy termiczne i elektryczne. F) Śmierć z głodu. G.) Śmierć pod wrażeniem psychicznem. H) Inne rzadkie przyczyny (zakrwawienie z pękniętego żylaka, śmierć w padaczce, histeryi). I) Śmierć nagła w różnych indywidualnych okolicznościach (umysłowo chorzy, starcy, dzieci do lat 6-ciu). K) Śmierć nagła z ujemnym wynikiem sekcyi (wstrząs, choroby zakaźne i t. d.).

Prof. J. Reinsberg (Praga). **Zabłąkanie się kuli w ranach postrzałowych).** Częstemi i łatwo dającemi się wytłómaczyć są t. nazw. rany konturowe (np. wzdłuż powierzchni wewnętrznej czaszki), taksamo łatwo można pojąć i przedostanie się pocisku z tętnicy głównej do t. biodrowej lub jego wędrówkę w tkance łącznej podskórnej do części niższych. Nadzwyczaj ciekawem i do wyjaśnienienia trudniejszem jest jednak zachowywanie się kuli w wielkich naczyniach żylnych. I tak spostrzegał autor przypadek, w którym młody samobójca postrzelił się w prawą połowę klatki piersiowej, poczem ósmego dnia umarł. Kula przebiła prawy płat wątroby i ścianę żyły głównej dolnej; w dolnym płacie płuca lewego znaleziono ognisko zgorzelinowe, a jako jego przyczynę wykryto kulę, zatykającą dolną gałęź tętnicy płucnej. Widać więc pocisk przeniknął z żyły dolnej do prawego serca i ztąd do tętnicy płucnej.

58. V. Vohryzek (Pardubice)- **Pilokarpina w zapaleniu opon mózgowych i rdzeniowych.** W chorobie tej poleca autor pilokarpinę wewnętrznie w dawkach 0·6—0·7 na dzień dla dorosłych i 0·2—0·4 dla dzieci. Dawka ta jest zupełnie nieszkodliwą. Autor spostrzegał (w praktyce prywatnej) ogółem 12 przypadków zapalenia opon, z wyjątkiem 2, zawsze stwierdził po pilokarpinie niespodziewanie szybką poprawę (nieraz już na 2-gi dzień). Trzy przypadki jednak pomimo tego skończyły się śmiercią. V. sądzi, że wartoby na klinikach wypróbować także działanie podskórnych wstrzykiwań pilokarpiny pod tym względem.

59. V. Vohryzek. **Leczenie gnilca kwasem borowym.** Opierając się na stosowaniu kwasów (cytrynowego, solnego) w gnilcu (obok dyety), już w czasach dawniejszych odważył się autor w jednym prawie straconym przypadku podać kwas borowy, ufając w jego działanie przeciwgnilne, nieszkodliwość w małych dawkach i łatwe wessanie (już po 10-ciu minutach można go wykazać w moczu). W 10-ciu przypadkach, które leczył w przeciągu ośmiu lat, poprawa następowała zawsze pewnie i szybko. Wobec niewielu swych spostrzeżeń nie wypowiada autor stanowczego zdania, przypuszcza jednak, że chodzi tu albo o działanie przeciwpasożytnicze, albo o zmianę chemizmu krwi. (Ciąg dalszy nast.)

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków, dn. 5 września.

* Na podstawie uchwał XIII międzynarodowego kongresu lekarskiego w Paryżu wydał magistrat wiedeński dla lekarzy miejscowych terminologiczny spis chorób, które wchodzą do statystyki śmiertelności. Jest to krok ku ujednostajnieniu statystyki porównawczej różnych narodów, którą do tej pory często utrudniały synonimy, nazwy popularne, lub wogóle nieścisłe trzymanie się terminologii naukowej.

* Przy katolickiem Towarzystwie Dobroczynności w Petersburgu utworzyła się sekcya lekarska, do której wpisało się do tej pory przeszło 100 lekarzy Polaków. Jest to »Wydział pomocy lekarskiej«. Prezesem nowo powstałego Towarzystwa wybrany został Dr. Strawiński, wiceprezesem Dr. C. Zakrzewski, sekretarzami: Dr. St. Rudzki i Dr. Seweryn. Towarzystwo to, obok celów filantropijnych, odbywa i posiedzenia naukowe.

* Rząd rosyjski wyasygnował 80.000 rubli na przebudówkę pracowni lekarskich i przyrodniczych w uniwersytecie warszawskim (»Nowoje Wremia« 17 sierpnia).

* Na wniosek prof. Brouardela powstaje w Paryżu Muzeum lekarskie, które w trzech salach Sorbony mieścić będzie okazy, odnoszące się do historyi medycyny Znajdą się tu zapiski lekarzy nadwornych Ludwików XIII i XIV, zarządzenia królewskie przeciw partactwu i szarlataneryi, książki starożytne, oraz narzędzia i przyrządy lekarskie i chirurgiczne, między którymi zasługuje na uwagę zbiór narzędzi położniczych rzymskich, znalezionych w wykopaliskach Pompei.

* Podczas Zjazdu lekarzy niemieckich w Hamburgu obradować będzie »Wolny Związek zawodowej prasy lekarskiej niemieckiej«. Tematy obrad są następujące: 1) Wprowadzenie do użycia i ocenienie nowych leków (Eulenburg). 2) O prawie repliki i dupliki w prasie lekarskiej (Ewald). 3) Czy jest to zgodne z pojęciem koleżeństwa, jeśli przy zmianie redaktora przez wydawcę, redaktor nowy nie porozumiewa się ze swoim poprzednikiem i nie zapytuje o przyczynę ustąpienia? (Mendelsohn). 4) O równomiernem obdzielaniu wszystkich czasopism lekarskich przy ogłaszaniu wyników zbiorowego badania (Lohnstein).

* Zastanawiając się nad twierdzeniami, wypowiedzianemi na tegorocznym Zjeździe przeciwgruźliczym przez prof. R. Kocha, »Berliner klin. Wochenschrift« przypomina zdanie, które on wypowiedział przed 9-ciu laty: »perlica bydła rogatego jest identyczną z gruźlicą ludzką, a temsamem może od bydła udzielać się człowiekowi«. »The Lancet« ze swej strony przytacza znowu słowa Virchowa, który w roku 1880 kategorycznie zaprzeczył, ażeby gruźlica ludzka była identyczną z perlicą.

* Dwie nagrody z zapisu Nobla po 200.000 koron zostały przyznane: prof. Finsenowi za wprowadzenie leczenia światłem, i prof. Pawłowowi za prace o trawieniu.

* Dr. Lazcar, członek komisyi amerykańskiej, która badała żółtą febrę na Kubie, wystawił siebie na ukąszenie moskitów w celu zdobycia dowodu, czy moskity przenoszą zarazek żółtej febry. Doświadczenie dało wynik dodatni i to niestety w tym stopniu, że Dr. Lazcar padł ofiarą żółtej febry.

* W Ostendzie odbywa się i trwać będzie przez miesiąc wrzesień wystawa dla higieny morskiej i środków ratunkowych na morzu. W tygodniu bieżącym odbył tam swe posiedzenia międzynarodowy kongres, którego narady były w związku z przedmiotami i treścią wystawy.

Jeśli mowa o wystawie higienicznej, to godzi się wspomnieć i o sierpniowej wystawie dla higieny, środków spożywczych, sportu itd. w Karlsbadzie. W istocie jednak higiena na tej wystawie wyglądała znikomo, natomiast wystawa środków spożywczych, a zwłaszcza pragskich szynek i pilzneńskiego piwa była obfita i miała powodzenie. Urządzenie wystawy tej nie odpowiedziało zapowiedzianemu programowi.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa za II-gi kwartał b. r. przedstawia się, jak następuje: liczba mieszkańców (z wojskiem) 91.323. Śmiertelność ogólna wynosi 30,35, bez zamiejscowych = 20,50. Śmiertelność chrześcian = 34,79, — żydów = 19,01. Najwięcej zmarło z chorób narządu oddechowego: z gruźlicy 181 (w tem zamiejscowych 76), z zapalenia płuc 95 (zamiejscowych 23). Z innych chorób zakaźnych zmarło: z płonicy 18 (zam. 9), z cholery dziecięcej 40 (zam. 7), z błonicy 10 (zam. 5), z krztuścca 4, z ospy 3, z duru brzusznego 4 (zam. 2), z duru osutkowego 1 (zamiejscowy), z gorączki połogowej 4, z zakażenia przyrannego 17 (zam. 2).

* Rząd w Kanadzie, idąc za przykładem Stanów Zjednoczonych, wydał prawo, niedopuszczające do osiedlenia się w tym kraju tych kolonistów, którzy cierpią na gruźlicę.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Greeff powołany został na prof. okulistyki w Rostoku. Dr. Jurgens dostał tytuł profesorski. Dr. Cloëtta mianowany prof. farmakologii w Zurychu. Dr. Slavik wykładać będzie sądową medycynę dla prawników w czeskim uniwersytecie w Pradze, w zastępstwie prof. Reinsberga, którzy zrzekł się tej posady.

Mianowania. Naczelny lekarz wojska niemieckiego, Dr. Coler umarł w 71 roku życia. Prof. fizyologii w Würzburgu Fick umarł w 72 roku życia. Prof. otyatryi w Giessen Dr. Steinbrügge umarł w 70 roku życia.

Bibliografia:

— Prof. Kirchner: **O urazach ucha** (Die Verletzungen des Ohres) (*Würzburger Abhandlungen* Tom I. Zeszyt 10) nakładca Stuber (C. Kabitsch). W krótkiej, bo 25 stronic druku obejmującej rozprawce omawia autor sprawy urazowe narządu słuchowego i to głównie ze stanowiska praktycznego, przechodząc kolejno od małżowiny i ucha zewnętrznego, aż do uszkodzeń błędnika i narządu nerwowego. Etyologia, objawy, rokowanie i leczenie zostały przez autora równomiernie uwzględnione. Przedmiot to dla każdego lekarza bardzo ważny, już ze względu na to, że nierzadko stanowi treść orzeczeń sądowo-lekarskich. Nie mogąc w całości przytoczyć wszystkiego, co broszurka zawiera, ograniczyć się musimy do kilku punktów. K. sądzi, że krwiak uszny nie zawsze bywa pochodzenia urazowego i polegać może także na rozmiękczeniu i tworzeniu się torbielowatych przestworów w chrząstce małżowiny. W lżejszych i świeżych przypadkach mięsienie daje dobre wyniki, w innych należy rozciąć krwiak szeroko, skrzepy usunąć, ściany wyskrobać itd.

Opisując uszkodzenia błony bębenkowej podnosi K. doniosłość rozpoznania dla oceny sądowo-lekarskiej, a wśród następstw tych uszkodzeń opisuje ciekawy przypadek w którym przez uderzenie w brodę powstało przebicie błony bębenkowej i pęknięcie przedniej ściany kostnej przewodu. Po wyleczeniu sprawy zapalnej, stąd powstałej, słuch pozostał prawidłowy, natomiast wystąpił nader uporczywy nerwoból w zakresie *n. auriculo-temporalis*.

W ustępie o obrażeniach kości skroniowej, zwraca K. uwagę na różnorodne zaburzenia w zakresie nerwów, twarzowego, trójdzielnego itd. Gdy w dalszym ciągu w skutek sprawy zapalnej na szczycie kości skalistej utworzą się zakrzepy, wtedy i nerwy oka: okoruchowy, odwodzący i bloczkowy ulegają zmianom chorobowym, a w tych cięższych przypadkach wziernik wykazuje zazwyczaj tarczę zastoinową.

W końcu rozpatruje autor poszczególne uszkodzenia narządu słuchowego w sposób zarówno jasny, jak zajmujący, pod względem ich znaczenia w stosunku do zdolności zarobkowania. Rozprawka, jak wszystko z pod pióra K. odznacza się stylem potoczystym i przystępnym sposobem przedstawienia rzeczy. *Schoengut.*

— *Pamiętnik Towarz. lekarsk. warszawskiego*, Tom XCVII. Mazurkiewicz: O afazyi giestowej. Sławiński: Anatomia patologiczna i patogeneza żylaków.

— *Gazeta lekarska* Nr. 35. Dzierzgowski i Sałazkin: O odszczepianiu się amoniaku pod działaniem trypsyny i pepsyny na białko. Cybulski: Mentorol w leczeniu gruźlicy krtani. Goldbaum: „Epilepsia procursiva“, przyczynek do kazuistyki padaczki (dok.).

— *Medycyna* Nr. 35. Lejzerowicz: Kilka uwag w sprawie tężca i jego uleczalności. Bernstein: O jod — i kreozot — wazogenach.

— *Časopis lekarů českých* Nr. 34 Podhajský: O zúmyslných sebepoškozenich v c. a k. vojště v obdobi poslednich 25 let. Viesner: Diaetotherapeutický význam vody. Nr. 35. Kopfstein: Sdělení ku operativnemu léčeni předni hnisavé mediastinitidy. Viesner: Diaetotherapeutický význam vody (ciąg dalszy).

— *La Presse médicale* Nr. 67. Sicard: Zmienne postacie zapalenia bakteryjnego błon mózgowych. Terrien: Leczenie zapaleń spojówek. Nr. 68: Leczenie chirurgiczne torbieli wodunkowych. — Moure: Ropnie migdałków i tkanki okołomigdałkowej.

— *La Semaine médicale* Nr. 35: Marion: Trepanacya wyrostka sutkowego.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 35: Pick: Nerwice czuciowe żołądka. Doranth: Drgawki u 16-letniej dziewicy. Beyer: O łuszczycy atypowej (dokończenie).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr .35. Jordan: Etyologia róży i jej stosunek do zakażeń ropnych. Heinleth: O guzach złośliwych migdałków. Balacescu: Podwiązanie naczyń śledziony u zwierząt. Vieth: O leku przeczyszczającym, przyrządzonym syntetycznie. Hoffmann: O opukiwaniu z jednoczesnem przysłuchiwaniem. Hölscher: Dwa przypadki przebiegającego w utajeniu zakrzepu zatoki esowatej w następstwie ropienia w uchu środkowem. Kreisch: Powikłanie porodu w następstwie puchliny płodu. Wagner: Przypadek wrzodu dwunastnicy z pozaotrzewnowem przedziurawieniem się.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 35. Bollack i Bruns: Ropień odbytniczo-pochwowy w przebiegu duru brzusznego. Kaminer: O wpływie ciąży i połogu na sprawę gruźliczą, oraz o wartości leczniczej wywołania poronienia. Juliusberg: Działanie lecznicze i uboczne tiosynaminy i sposób jej stosowania. Leczenie pęknięcia wątroby (dok.). Hess: Przypadek zatrucia bombą smrodliwą (z siarczkiem amonu).

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 35. Baumgarten: Stosunek perlicy do gruźlicy. Gluck: Przyczynek do chirurgii otrzewnej. Jawein: W sprawie powstawania i znaczenia ziarnek bazofilnych i o polichromatofilnem zwyrodnieniu w krwinkach czerwonych. Herzfeld: Przypadek obustronnej zgorzeli błędnika z obustronnem porażeniem nerwów: twarzowego i słuchowego. Talk: Pęknięcie trąbki i poronienie trąbkowe.

Redakcya otrzymała: L. Glück: 1) Ueber zwei weitere Leprafälle aus Dalmatien. 2) Ueber den leprösen Initialaffect. Fajersztajn: Ueber das Haematoxylinchromlack als Mittel zur Färbung der Axencylinder.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**